



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**DÉBORA ARAÚJO DE VASCONCELLOS**

**O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR: DE UMA IDENTIDADE MEDICALIZADA  
À LUTA SOCIAL PELA DESPATOLOGIZAÇÃO**

**RECIFE  
2018**

DÉBORA ARAÚJO DE VASCONCELLOS

**O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR: de uma identidade medicalizada à luta social  
pela despatologização**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Gomes da Costa Santos

RECIFE  
2018

Catálogo na fonte  
Bibliotecária: Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

V331p Vasconcellos, Débora Araújo de.  
O processo transexualizador: de uma identidade medicalizada à luta social pela despatologização / Débora Araújo de Vasconcellos. – 2018. 129 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Gomes da Costa Santos.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.  
Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Recife, 2018.  
Inclui referências e apêndices.

1. Sociologia. 2. Identidade de gênero. 3. Pessoas transgênero – Identidade. 4. Transexualidade. 5. Despatologização. 6. Processo transexualizador. I. Santos, Gustavo Gomes da Costa (Orientador). II. Título.

DÉBORA ARAÚJO DE VASCONCELLOS

**O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR: de uma identidade medicalizada à luta social  
pela despatologização**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Sociologia.

Aprovada em: 22/02/2018.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Francisco Jatobá de Andrade (Presidente)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Gustavo Gomes da Costa Santos (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Jonatas Ferreira (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Benedito Medrado Santos (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco

## AGRADECIMENTOS

Todo trabalho parte de um conjunto de relações, de uma rede de pessoas e coisas que ao se encontrarem produzem um resultado sempre parcial. E foi na tentativa de produzir um texto movido por uma inquietação sociológica, que cruzei com pessoas, textos, afetos, desafetos e lágrimas, tendo por fim o sentimento que aqui sou compelida a dissertar que é o da gratidão.

Portanto, agradeço ao Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans que abriu suas portas para a minha visita passageira, agradeço especialmente a Ericka, Cris, Isis, Mônica e Suzana.

Aos usuários e usuárias do Espaço que sempre me recepcionaram de forma acolhedora e confiaram no meu trabalho, agradeço especialmente àqueles/as que me relataram suas vivências e me ensinaram e contribuíram para a existência dessa pesquisa.

Ao meu orientador Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Gustavo Gomes da Costa Santos, que desde a graduação me acompanha profissionalmente e me ensina o trabalho de se fazer pesquisa no campo da sociologia, obrigada por cada correção, pela paciência e por ter me ajudado a ultrapassar cada etapa.

Ao meu companheiro, Matheus, que sempre esteve ao meu lado, obrigada por me socorrer nos momentos mais estressantes, por ter tido paciência em conviver comigo, pelo companheirismo, por todo o carinho e suporte que recebi de você. Serei eternamente grata.

À minha mãe, por ser o meu lar, por compreender minhas ausências, por sempre apoiar as minhas escolhas e acreditar em mim.

Aos meus amigos e amigas, cada momento de afeto contribuiu para que eu tivesse forças para concluir esse desafio, muito obrigada.

Por fim, agradeço ao CNPq pelo financiamento dessa pesquisa através da bolsa de mestrado, definitivamente não teria como realizar esse trabalho sem esse apoio. A ciência no Brasil necessita de fomentos como esse e precisamos lutar e demonstrar que cada centavo foi importante para que pudéssemos sobreviver.

## RESUMO

Através de uma abordagem sociológica, este trabalho tem como objetivo geral analisar a construção da transexualidade a partir da perspectiva dos sujeitos que vivenciam o Processo Transexualizador. Para isso foi realizada uma pesquisa de campo no Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Compreendemos que as vivências transexuais foram institucionalizadas e patologizadas no século XX, surgindo a partir disso a identidade transexual. Esse fato histórico atrelou a transexualidade a um aspecto medicalizante que nos últimos anos tem sido posta em questão. Dessa forma, contrapomos a medicalização identitária à construção de uma identidade política, observando a despatologização como uma potencialidade para novas leituras tanto da identidade transexual como do atendimento médico. Sendo assim, consideramos a portaria que institucionaliza o serviço de saúde especializada à população trans no Brasil como um ponto de partida para analisar como a transexualidade é vivenciada e como os sujeitos significam suas identidades através do Processo Transexualizador.

**Palavras-chave:** Gênero. Transexualidade. Identidade. Despatologização. Processo Transexualizador.

## ABSTRACT

Through a sociological approach, this work aims to analyze the construction of transsexuality from the perspective of subjects who experience the Transsexual's Sex Reassignment Process. For this propose, a field research was carried out in the "Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans" at the Hospital das Clínicas in the Federal University of Pernambuco. We understand that the transsexual experiences were institutionalized and pathologized in the twentieth century and the transsexual identity emerges in this context. This historical fact has linked transsexuality to a medicalizing aspect that in the last years has been put in question. In this way, we contrast the pathologization with the construction of a political identity, observing depathologization as a potential for new understandings of both the transsexual identity and the medical care. Therefore, we consider the ordinance that institutionalizes the specialized health service to the trans people in Brazil to analyze how transsexuality is experienced and how the subjects signify their identities through the Transsexual's Sex Reassignment Process.

**Keywords:** Gender. Transsexuality. Identity. Despatologization. Transsexual's Sex Reassignment Process.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2</b>	<b>DA MEDICALIZAÇÃO DAS TRANSIDENTIDADES AO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)</b> .....	18
<b>2.1</b>	<b>O “Transexualismo” do “transexual verdadeiro” e a influência de Benjamin, Money e Stoller</b> .....	20
2.1.1	<i>O “fenômeno transexual” de Harry Benjamin</i> .....	24
2.1.2	<i>Os papéis sexuais e o gênero pela ótica de John Money</i> .....	28
2.1.3	<i>O “transexual verdadeiro” de Robert Stoller</i> .....	30
<b>2.2</b>	<b>Os manuais de diagnóstico e a medicalização da transexualidade</b> .....	34
2.2.1	<i>F64.0 – Transexualismo, CID-10</i> .....	35
2.2.2	<i>O DSM e a Disforia de Gênero</i> .....	38
<b>2.3</b>	<b>A medicalização da transexualidade no Brasil: O Processo Transexualizador do Sistema Único de Saúde (SUS)</b> .....	41
2.3.1	<i>Regulamentação dos procedimentos de transgenitalização entre 1997-2007</i> .....	43
2.3.2	<i>O Processo Transexualizador do SUS</i> .....	46
<b>3</b>	<b>DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR DO SUS AO ESPAÇO DE CUIDADO E ACOLHIMENTO TRANS (HC-UFPE)</b> .....	53
<b>3.1</b>	<b>Metodologia</b> .....	54
<b>3.2</b>	<b>O Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans</b> .....	57
<b>3.3</b>	<b>“Pra mim é libertação”: A vivência da transexualidade relacionando gênero, medicalização e construção de si</b> .....	72
3.3.1	<i>Performatividade de gênero e a matriz (cis)heterossexual</i> .....	73
3.3.2	<i>Identidade trans? Da nosografia ao pertencimento</i> .....	82
<b>4</b>	<b>DO ESPAÇO TRANS AO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR: GÊNERO, SAÚDE E TRANSFORMAÇÃO</b> .....	87
<b>4.1</b>	<b>Intervenções corporais, identidade e uma política de saúde integral à população trans</b> .....	88
<b>4.2</b>	<b>Pensamento despatologizante e a construção de um serviço de saúde democrático</b> .....	98
4.2.1	<i>A Rede Internacional de Despatologização Trans e uma proposta de atendimento à saúde despatologizante</i> .....	99
4.2.2	<i>O Espaço Trans, o discurso despatologizante e propostas democráticas</i> .....	101

<b>4.3</b>	<b>Repensando o Processo Transexualizador através das experiências do Espaço Trans .....</b>	<b>107</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>117</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>123</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>129</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em um momento da infância, por volta dos meus nove anos, lembro-me de ter lido um livro sobre educação sexual infantil, no qual haviam ilustrações de meninas com vaginas e meninos com pênis e falava sobre as relações de cada um dos gêneros com suas genitálias e suas experiências sexuais. Naquele momento, o livro revolucionou meu mundo e me fez amar minha vagina. O que é mais engraçado é que na minha vida muitas das experiências que me marcaram surgiram de um primeiro contato através dos livros. E apesar de não lembrar o nome desse livro tão marcante, guardei suas imagens em minha mente e desde esse momento fiquei intrigada sobre o que seria ser menina e, a partir disso, busquei descobrir por que motivos somos divididos entre homens e mulheres.

Quando ingressei no curso de ciências sociais, no ano de 2012, essa curiosidade, até então adormecida, começou a incomodar meus pensamentos. No meio das leituras de teoria sociológica, me deparei com questões que não saíam da minha mente: Por que nos dividimos socialmente como homens e mulheres? E por que essa divisão se dá a partir de duas genitálias? Logo me vi imersa nas leituras sobre gênero e sexualidade e quanto mais lia, mais percebia que minhas questões não possuíam uma resposta simples, muito menos uma resposta totalizante.

Na leitura do capítulo 3 do livro “Estudios en Etnometodología”, do sociólogo Harold Garfinkel (2006), me deparei com o caso de uma mulher chamada Agnes que consegue, no auge do processo de medicalização das identidades sexuais e de gênero, uma cirurgia de transgenitalização sob um diagnóstico de intersexualidade, sendo todo o seu discurso produzido com a intenção de convencer a equipe médica e alcançar seu desejo de modificação corporal. Posteriormente, Agnes revela ter mentido e ser uma mulher transexual. Essa história aguçou meu desejo de entender como o processo de produção do discurso científico sobre o gênero interpela os sujeitos e como isso estaria afetando os posicionamentos atuais dos atores sociais diante da construção de suas identidades de gênero. O caso Agnes tornou-se o tema da minha monografia e me aproximou ao tema da transexualidade.

Agnes aguçou minha mente sobre a produção de saberes científicos na nossa sociedade, como produzimos, enquanto acadêmicos, discursos que podem ser discriminatórios e permeados de moralidades muito específicas e que se escondem sobre uma neutralidade muitas vezes perversa. Agnes mostrou-me que rotineiramente precisava “ser mulher” para que a sociedade a visse como tal, uma identidade que gostaria de ser reconhecida. Então, surgiu um

primeiro questionamento: o que seria uma identidade de gênero? A psicóloga transfeminista Dra. Jacqueline Gomes de Jesus define que identidade de gênero:

(...) pode ser entendida como a atitude individual frente aos construtos sociais de gênero, ante aos quais as pessoas se identificam como homens ou mulheres, percebem-se e são percebidas como integrantes de um grupo social determinado pelas concepções correntes sobre gênero, partilham crenças e sentimentos e se comprometem subjetivamente junto ao grupo com o qual se identificam, como acontece com relação a qualquer outra identidade social que adotam. (JESUS, 2014:246).

A partir dessa declaração, três outras perguntas surgiram: O que seria identidade? O que seria gênero? E quais seriam os construtos sociais que compartilhamos que nos fazem produzir essas diferenças? Nesse trabalho, essas perguntas são norteadoras para toda a construção do pensamento teórico e para a exploração empírica que foram realizadas. Demarcamos aqui que esse é um trabalho sobre gênero, identidade e saberes. Ao longo da dissertação pretende-se arriscar possíveis respostas para essas questões teóricas, partindo de uma análise sociológica trilhada sobre os estudos de gênero e sexualidade, buscando compreender como a transexualidade é construída socialmente.

Atualmente, a transexualidade tem sido um tema bastante recorrente na mídia, nas produções televisivas, no cinema, nos debates políticos e nas produções acadêmicas. Em uma rede de discursos, diversos posicionamentos são engendrados visando uma definição sobre o que seria a transexualidade e como ela deveria ser apreendida socialmente. Mas, seria possível definir a transexualidade em um único significado? Em uma busca rápida na internet utilizando as palavras “transexualidade significado”, surgem aproximadamente 30.000 resultados. Os links da primeira página remetem a sites como Wikipédia, blogs informais e alguns sites de notícia, mas a nenhum dicionário formal. De fato, em nenhum dicionário formal da língua portuguesa como o Aurélio, Michaelis ou Houaiss<sup>1</sup> pudemos encontrar uma definição. Porém, pode ser encontrado o significado para a palavra transexual, o que significaria: “aquele que ‘manifesta o transexualismo’”.

O que seria “manifestar o transexualismo”? Ao procurar a história da terminologia “transexual” percebemos que essa palavra foi cunhada para identificar as pessoas que seriam diagnosticadas com o transtorno mental de “transexualismo”. Assim como outras identidades,

---

<sup>1</sup> Foram consultados os dicionários através das seguintes fontes: Aurélio: <<https://dicionarioaurelio.com/transexual>>, acesso em: 20 jan. 2018; Michaelis: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/transexual/>>, acesso em: 20 jan. 2018; Houaiss: <<https://houaiss.uol.com.br/pub/apps/www/v3-3/html/index.php#2>>, acesso em: 20 jan. 2018.

a transexualidade passa por um processo de ressignificação, passando de uma significação medicalizada para um processo de identificação social. Como apreendido por Michel Foucault (1994), com o desenvolvimento do saber científico, principalmente da medicina, no século XIX, há um processo de intensa classificação dos comportamentos, dos corpos, dos fenômenos sociais, etc. Porém, a sexualidade foi o campo onde os discursos mais se proliferaram e foram surgindo classificações para todas as vivências e corpos que não correspondiam à normalidade estabelecida.

E essa normalidade residiria no sexo realizado entre um homem portador de um pênis e uma mulher portadora de uma vagina com fins reprodutivos. As moralidades religiosas são aparentemente “postas de lado” em detrimento da “verdade” sobre os sexos produzida pela neutralidade científica. A ciência era concebida como um espaço da verdade isento de julgamentos e de valores morais, mas ao longo desse trabalho pretendemos demonstrar a falácia dessa afirmação. Com isso, a transexualidade tal qual a homossexualidade surge a partir de uma categorização médica, sendo que o transexualismo é uma categoria que surge no século XX e o homossexualismo ainda no século XIX. É a partir de uma identidade medicalizada que surge o indivíduo homossexual, aquela pessoa que possui práticas sociais vistas como dissidentes pela sociedade ocidental burguesa do século XIX, isto é, homens que sentem atração por outros homens, mulheres que sentem atração por outras mulheres.

As vivências dessas pessoas até então não eram vistas como patológicas e nem eram circunscritas em torno de uma identidade social. Isso não quer dizer que antes da catalogação “homossexual” não haviam práticas que poderiam ser vistas atualmente como homossexuais. Mas antes, a condenação estava nos atos pecaminosos. O problema estava nos atos e nas práticas sexuais, e não caracterizando os sujeitos praticantes. A sodomia (relação sexual anal) era considerada um pecado condenável incluindo punição jurídica. Porém, ao se classificar o comportamento do sexo anal realizado entre homens um dos motivos para diagnóstico de homossexualismo, transformou o ato em um sinal de identificação de um doente. O doente possui uma identidade social que o diferencia socialmente daqueles que estão saudáveis e para sua possível reintegração é preciso de uma intervenção que vise a sua cura.

Segundo Fry e McRae (1985), é por volta dos anos de 1970 que as pessoas que eram classificadas como homossexuais, vivenciam um processo de ressignificação de suas identidades, tornando seu diagnóstico uma identidade política. As mobilizações ocorreram em vários países, com destaque para a mobilização que ocorreu nos Estados Unidos, direcionada principalmente para a Associação Americana de Psiquiatria (APA), que em 1980, em

decorrência das manifestações, retira a categoria “homossexualismo” do quadro de doenças mentais. Contudo, na mesma ocasião, há a inclusão da categoria “transexualismo”.

O diagnóstico de “transexualismo” tinha a pretensão de abarcar as vivências de pessoas que se identificam com o sexo oposto àquele que foi atribuído de acordo com a sua genitália ao nascer. Em outras palavras são pessoas que nasceram com pênis, mas não se identificam como homens e que buscam uma identidade de gênero de mulher; e pessoas que nasceram com vagina, mas não se identificam como mulheres e desejam ser identificadas como homens.

Na história humana, nas mais diversas sociedades, sempre existiram relatos de pessoas que transitavam entre os gêneros, assim como houveram formas específicas para se compreender os corpos, as genitálias e as diferenças sociais atribuídas a elas. Podemos tomar como exemplo de uma outra forma de se perceber essas vivências o caso das “*berdaches*”. Elas estavam presentes em algumas tribos indígenas extintas da América do Norte. Essas pessoas eram vistas como “homens-mulher” ou “mulheres-homem” pelos seus demais na tribo, eram particularmente bem aceitas além de serem vistas como detentoras de poderes sobrenaturais. (FRY; MACRAE, 1985). Mas é na sociedade ocidental do século XX que emerge a nomeação transexual tornando-se um fenômeno específico que delimita as vivências sob o seu espectro.

É a partir da construção da identidade transexual que uma gama de estudos científicos<sup>2</sup> é realizada conjuntamente com a produção de tecnologias para modificação corporal. Essas tecnologias mesclam-se na própria construção dessa identidade, como veremos posteriormente. É no século XX que surgem as primeiras cirurgias de transgenitalização, cirurgias que irão marcar a discussão sobre os tratamentos de “cura” do “transexualismo”, mas nas vivências transexuais, acabam por adquirir um significado de legitimação do gênero transicionado. O diagnóstico e o aparato de cirurgias e transformações corporais acabam por vincular a identidade transexual à uma assistência médica. Como apontado por Joanne Meyerowitz (2002), é preciso compreender a transexualidade observando seu desenvolvimento em conjunto com o avanço das tecnologias e aparatos da medicina. Com isso, lança-se uma pergunta: a medicina, ao cunhar o termo transexual, enquadra esses indivíduos em um tipo ideal, moldando a identidade dessas pessoas?

Para pensar o Brasil, precisamos apreender como a transexualidade foi e está sendo vista pela área da saúde. Com isso, o objetivo geral desse trabalho é analisar a construção da transexualidade a partir dos sujeitos que vivenciam o Processo Transexualizador. O Processo

---

<sup>2</sup> Como os trabalhos de Benjamin (2006) e Stoller (1968), para apreender mais autores e estudos produzidos no século XX sobre a temática, consultar a tese: ““Nossos corpos também mudam”: sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico” de Jorge Leite Júnior (2008).

Transexualizador é a nomenclatura utilizada no Brasil para definir o atendimento especializado à população trans que visa o acesso às transformações corporais para a construção de suas identidades de gênero.

Atualmente, o Processo Transexualizador é regulado pela portaria nº 2.803/2013 que vincula os procedimentos ao Sistema Único de Saúde (SUS) habilitando hospitais para a realização dos procedimentos de forma gratuita. Através dessa portaria, as pessoas trans que buscam o serviço possuem um atendimento de uma equipe multidisciplinar (clínicos, psiquiatras, endocrinologistas, urologistas, psicólogos, cirurgiões plásticos e assistentes sociais) que presta os serviços de saúde e cuidado atendendo as demandas de intervenção corporal para a transição do gênero. A portaria estabelece um tempo mínimo de dois anos para que o/a usuário/a maior de 21 anos tenha acesso aos procedimentos cirúrgicos. Esses procedimentos são garantidos através do código de diagnóstico “F64.0 – Transexualismo” presente na décima edição da Classificação Internacional de Doenças, conhecida como CID-10.

Para compreender como as/os usuárias/os do serviço “Processo Transexualizador” vivenciavam a transexualidade era necessário demarcar um campo. Assim, para a realização dessa pesquisa foi escolhido o serviço oferecido pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Esse é o único centro de referência do Norte/Nordeste brasileiro a oferecer o serviço na sua modalidade hospitalar, isto é, está habilitado para realização de cirurgias e ambulatorial. Esse ponto será melhor explorado nos próximos capítulos. Para a realização da pesquisa foram realizadas observações de campo no Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans do HC-UFPE. Através de uma abordagem qualitativa, sem pretensão de promover generalizações sobre o Processo Transexualizador, realizamos um recorte e obtivemos seis entrevistas semi-estruturadas com usuários/as do serviço, visando compreender a partir de seus relatos como vivenciam o processo e são diretamente afetados/as por ele.

O Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans se intitula como um atendimento despatologizante; mas o que seria isso? Assim como os homossexuais que reivindicaram a retirada da homossexualidade dos manuais de diagnóstico, distanciando suas vivências da visão patologizante, atualmente a transexualidade passa por esse processo. É a partir da década de 1990 que pessoas transexuais passaram a se organizar como grupos políticos visando a reivindicação de que suas vivências fossem retiradas dos manuais de diagnóstico. O debate se inicia principalmente no âmbito acadêmico com as teorizações de estudiosos que se

identificavam enquanto pessoas transgêneras<sup>3</sup>. Devemos aqui salientar que esse trabalho não visa circunscrever a transexualidade a um significado único, entendendo que as vivências de gênero são múltiplas. Por essa razão adotaremos a terminologia “trans” por abarcar mais identidades como: transexuais, travestis, transgêneros, não-binários e etc. Retomaremos esse debate no próximo capítulo.

Nos anos 2000, se inicia uma movimentação por parte da APA para a construção da quinta edição do seu manual de diagnóstico e estatística de doenças mentais. Aproveitando a visibilidade do debate, um grupo de pessoas transexuais mobiliza uma campanha denominada *Stop Trans Pathologization 2012*. O movimento tinha como principal reivindicação a despatologização da transexualidade com a retirada do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero do manual. Essa movimentação política adquiriu um caráter internacional e vários movimentos trans ao redor do mundo se posicionaram favoráveis à essa perspectiva.

Assim, o Espaço Trans, em decorrência das influências ocasionadas pelos estudos acadêmicos e pela movimentação política e social, pauta o seu trabalho compreendendo que as identidades trans não podem ser concebidas como doenças mentais. Nesse trabalho, iremos explorar as implicações dessa visão na percepção dos/as usuários/as e como isso se reflete na construção da transexualidade.

Antes disso, precisamos compreender que o processo de despatologização das transidentidades se insere em um debate bastante complexo, uma vez que atualmente o acesso aos serviços de saúde se encontram pautados pela presença do diagnóstico. Há receios, por parte da população trans, de que a ausência de uma patologia custe a perda do acesso aos serviços médicos especializados de forma gratuita. Pretendemos ao longo do trabalho, apontar os principais argumentos para manutenção e retirada da transexualidade dos manuais de diagnóstico. Consideramos que o diagnóstico legitima a demanda da população aos serviços em busca de cirurgias como a transgenitalização, mas que a garantia desse acesso pode ser justificada por outros aspectos.

Metodologicamente decidimos que as entrevistas realizadas deveriam ser analisadas através de uma análise de conteúdo e foram identificadas certas temáticas centrais que seriam: a) a construção da identidade de gênero; b) a medicalização das vivências cotidianas; e c) a auto percepção enquanto usuário/a do Espaço Trans. Pretendemos desenvolver esses aspectos que surgiram nas entrevistas tomando como referenciais teóricos: o conceito de gênero, a partir da

---

<sup>3</sup> Para compreender o processo pelo qual acadêmicos e acadêmicas se identificam como transgêneras e reivindicam suas identidades políticas na academia consultar o livro: “Sex Changes: The Politics of Transgenderism” de Patrick Califia (2003).

perspectiva *queer* da filósofa Judith Butler; a nomeação da transexualidade como ato performativo, através da filosofia da linguagem de John Austin e sua leitura voltada para gênero realizada por Butler; a medicalização do gênero e da sexualidade, tal como apreendida por Michel Foucault; a construção de grupos identitários, pensando a transexualidade como uma identidade a partir das reflexões de Stuart Hall e Berenice Bento.

Considerando a relevância da temática para o campo da sociologia, compreendemos que ao se analisar as vivências da transexualidade através do Processo Transexualizador contemplamos certos pontos de extrema importância para a reflexão sociológica como: a construção de identidades sociais; a construção de representações sociais, no caso explorando as representações de gênero; a análise dos construtos sociais que estruturam a linguagem e como os compartilhamos socialmente; a análise sobre produção de discursos, explorando as implicações sociais dos saberes científicos; além de explorar o paradigma entre agência e estrutura, quando analisamos as vivências e resistências pessoais dos sujeitos em contraposição a estruturas dadas que os limita e condiciona.

Além disso, o trabalho possui uma relevância social ao explorar uma identidade compreendida como uma minoria que se encontra em uma situação de vulnerabilidade no nosso país. Segundo a organização não governamental “*Transgender Europe*”, o Brasil é considerado o país onde mais se mata travestis e transexuais do mundo<sup>4</sup>. Dos casos identificados, de janeiro de 2008 a março de 2014, foram registradas 604 mortes de pessoas trans no país. O número já é alarmante, porém pode ser ainda maior devido ao problema de subnotificação. Em 2012, o Disque 100<sup>5</sup> recebeu 3.084 denúncias referentes a violações direcionadas à população LGBT no país. Assim, esse trabalho busca dar visibilidade a importância de se conceber uma saúde inclusiva, integral e não patologizante para essa população que já vive uma realidade marcada por discriminação e violência. A saúde precisa ser um espaço receptivo e que possibilita um cuidado para a saúde física, psíquica e social da população trans.

Na busca de alcançar os objetivos de pesquisa e analisar os pontos levantados nessa introdução, essa dissertação se estruturou em três capítulos. No primeiro capítulo, “Da medicalização das transidentidades ao Processo Transexualizador do Sistema Único de Saúde (SUS)”, analisamos como o diagnóstico de “transexualismo” foi elaborado. Para isso

---

<sup>4</sup> Informações encontradas no site das Nações Unidas no Brasil, vide: < <https://nacoesunidas.org/violencia-contra-pessoas-trans-e-extremamente-alta-nas-americas-apontam-onu-e-parceiros/>>, acesso em: 15 jan. 2018.

<sup>5</sup> Disque 100 é um serviço de responsabilidade da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência e da República que foi lançado em 2003. Ele está vinculado à Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos e tem a intenção de receber denúncias referentes a violação dos Direitos Humanos. Por exemplo, denúncias relacionadas a violência contra a mulher e a população LGBT.

realizamos uma introdução histórica sobre o processo de medicalização das identidades e como a ascendência de três cientistas nos Estados Unidos repercutiu para uma construção patologizante das vivências trans e na institucionalização da patologização com a presença do diagnóstico de “Transexualismo” ou “Transtorno de Identidade de Gênero” nos principais manuais internacionais de diagnóstico médico.

Assim, compreendemos como a presença do diagnóstico nos manuais viabilizou a construção de protocolos e diretrizes de atendimento à população trans no Brasil. Apresentando a trajetória de como a atenção à saúde de pessoas transexuais foi sendo realizada no país até a formulação da portaria que está em vigor (nº 2.803/2013), que viabiliza o Processo Transexualizador no Brasil e regulamenta o serviço que acontece no Hospital das Clínicas-UFPE.

Dessa forma, no segundo capítulo, “Do Processo Transexualizador do SUS ao Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans (HC-UFPE)”, apresentamos o campo onde a pesquisa foi realizada e relacionamos as suas práticas com as diretrizes estabelecidas pela portaria do Processo Transexualizador. Assim, analisamos os temas levantados nas entrevistas a partir de uma reflexão teórica, observando como as relações de uma identidade medicalizada se manifestam na trajetória dos indivíduos dentro do serviço e como, a partir disso, podemos pensar em uma experiência de identidade política da transexualidade. Além disso, nesse capítulo analisamos as associações possíveis entre os desdobramentos teóricos e os recortes empíricos.

Dando seguimento, no terceiro e último capítulo, “Do Espaço Trans ao Processo Transexualizador: gênero, saúde e transformação”, desenvolvemos uma análise sobre como os/as usuários/as significam as suas relações com o Espaço Trans e como interpretam as intervenções cirúrgicas que almejam realizar. Além disso, analisamos como a perspectiva despatologizante influenciou o Espaço e a percepção dos/as usuários/as entrevistados/as sobre o serviço. Compreendemos que a proposta despatologizante pode potencializar um uso mais democrático dos serviços de saúde e das relações entre as/os usuárias/os com os serviços. Finalizamos o capítulo propondo aos/às leitores/as que repensemos os serviços de atendimento à população através das contribuições obtidas pela experiência do campo.

Não pretendemos elucidar todas as questões que o tema suscita, mas convidamos os/as leitores/as para a construção de um pensamento partilhado, no qual refletimos sobre as contribuições que a sociologia pode fornecer para um olhar crítico aos saberes que estão sendo produzidos. Não podemos negar que escrever sobre gênero no Brasil é um posicionamento

político; estamos em um país com números elevados de assassinatos de travestis, de transexuais, de mulheres cisgêneras, de homossexuais, e que nos últimos anos tem tratado os temas relacionados à gênero e sexualidade como uma suposta “ideologia de gênero”. Esse posicionamento tem acarretado um veto total dessas discussões, tendo no campo legislativo das três esferas do governo (federal, estadual e municipal) um respaldo institucional com propostas de parlamentares conservadores e ligados às denominações religiosas de retirada completa do assunto das diretrizes pedagógicas das escolas<sup>6</sup>.

Nas próximas páginas esperamos desenvolver uma dissertação propositiva e reitero com isso o convite para que juntos possamos pensar sobre as implicações das vivências de gênero na nossa sociedade, compreendendo que o tema precisa ser debatido e não posto em um lugar de silenciamento. Tendo dito isso, a transexualidade, como uma identidade social, nos conduz a questionar as regras de gênero que guiam os discursos e evidencia a artificialidade das regras postas. Através do Processo Transexualizador tentaremos compreender como uma identidade parte de uma construção medicalizada e se mobiliza para uma luta social de despatologização.

---

<sup>6</sup> Como aconteceu no Recife:

<<http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/politica/pernambuco/noticia/2017/11/08/requerimento-sobre-ideologia-de-genero-e-aprovado-na-camara-municipal-315040.php>>, acesso em: 14 jan. 2018.

## 2 DA MEDICALIZAÇÃO DAS TRANSIDENTIDADES AO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Na sociedade ocidental, a partir do século XX, nomeia-se e classifica os indivíduos que se identificam com os atributos sociais e sexuais do sexo oposto ao seu biológico como “transexual”, classificação elaborada a partir de uma perspectiva científica e nosológica na qual este sofreria da patologia “transexualismo”. Através de um processo histórico de produção discursiva do sexo e dos corpos ao longo dos séculos XVIII e XIX, como apontado por Michel Foucault (1994), o “fenômeno transexual” surge em decorrência desse processo de investigação e patologização de comportamentos compreendidos enquanto desviantes através da ascensão da medicalização da sociedade.

Peter Conrad (2007) aponta que a medicalização é um processo social que torna aspectos não médicos em questões que precisam ser definidas e tratadas enquanto problemas médicos, usualmente pensando-as enquanto doenças ou transtornos. Foucault (1994) propõe que é na sociedade ocidental burguesa industrial capitalista que o processo discursivo da sexualidade adquire um caráter de “*scientia sexualis*”; tornar o discurso sobre o corpo “saudável”, o corpo “legítimo”, o sexo “adequado”, o corpo “desviante”, o sexo “nocivo” significa que:

(...) que o domínio do sexo já não será situado apenas no registro da falta e do pecado, do excesso ou da transgressão, mas sob o regime (que, de resto, é apenas a sua transposição) do *normal* e do *patológico*; (...) o sexo aparece como um campo de alta fragilidade patológica: superfície de repercussão para as outras doenças, mas também fulcro de uma nosografia própria, a do instinto, das tendências, das imagens, do prazer, do comportamento. (...) a confissão assumirá o seu sentido e sua necessidade entre as intervenções médicas: exigida pelo médico, necessária para o diagnóstico, e eficaz, por si mesma, no tratamento. (FOUCAULT, 1994:71)<sup>7</sup>

Assim, quando o sexólogo Magnus Hirschfeld apresenta em 1910<sup>8</sup> a terminologia “transexual” pela primeira vez, estava sendo elaborado discursivamente a nomeação e o enquadramento de uma vivência humana; nomeava-se aquilo que era compreendido como não “normal”, estabelecendo, portanto, um discurso medicalizante de experiências que até então não eram compreendidas como de resolução médica.

<sup>7</sup> Grifo nosso.

<sup>8</sup> Segundo Pierre-Henri Castel (2001), através do seu estudo sobre a historicidade da terminologia “transexual”, ela teria surgido inicialmente no livro “Die Tranvestiten. Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreich kasuistischem und historischem Material” do Magnus Hirschfeld denominando o “fenômeno” de “transexualpsíquico”, o desenvolvimento do discurso científico acerca da medicalização da transexualidade será discutida ao longo desse capítulo.

Na atualidade, estudiosas/os que se identificam como pessoas trans<sup>9</sup> (travestis, transexuais, transgêneras binárias e não binárias) por meio do transfeminismo compreendem que esse processo de nomeação das vivências transexuais se dá por uma lógica de inteligibilidade que complementando a noção de matriz heterossexual proposta por Judith Butler (2008)<sup>10</sup>, tomaria como normalidade a “cisgeneridade” e a “transexualidade” se tornaria o “exterior constitutivo” que garantiria a legitimidade e “normalidade” do primeiro.

Brune Camillo Bonassi (2017) argumenta que a palavra “Cisgênero” é cunhada no final do século XX e que ganha uma maior difusão no século XXI, como um operador conceitual:

(...) por seu uso tornar possível nomear um conjunto de pessoas (cisgênero, cissexual) é ferramenta discursiva para denunciar violências que as populações travestis, transexuais, transgêneras e não binárias estão submetidas por não se adequarem à normalidade suposta, esperada e compulsória. (BONASSI, 2017:23)

Em 1994, quase um século depois do surgimento da terminologia transexual, em um fórum na Universidade de Minnesota, a professora de biologia Dana Leland Defosse apresenta o termo “*cis*” como uma necessidade linguística/discursiva de se ter um termo que pudesse se opor ao prefixo “*trans*”, até então as pessoas “*não trans*” eram lidas como “*normais*”.

Assim, a partir de sua experiência com a bioquímica, onde o termo cis é utilizado para designar a ligação de átomos iguais dos dois lados em relação à uma dupla de carbonos e trans designa a ligação de átomos em posições diferentes, a bióloga introduz o termo cis para designar aqueles sujeitos que se identificam com os atributos sociais designados ao seu sexo biológico ao nascer. Isso quer dizer que aqueles que nascem com pênis e se identificam como homens, o gênero com o qual a nossa sociedade comumente corresponde ao sexo biológico masculino, seria um homem cisgênero; uma pessoa que nasce com vagina e se identifica como mulher, o gênero com o qual a nossa sociedade comumente corresponde ao sexo biológico feminino, seria uma mulher cisgênera. (BONASSI, 2017; ENKE, 2012).

Do surgimento da nomenclatura “transexual” até a criação do processo transexualizador no Brasil houve um processo de medicalização que cunha as terminologias e se apropria das transidentidades pelos saberes biomédicos na cultura ocidental. Por sua vez essas identidades são tomadas e ressignificadas pelos sujeitos nomeados e se tornam uma identidade social política. Como o discurso medicalizante reverbera na atuação médica no Brasil? Como as

<sup>9</sup> Nesse trabalho utilizaremos a categoria “trans” para nos referenciarmos as identidades que se contrapõem a “cisgeneridade”, compreendendo que a vivência “trans” vai além da identidade transexual, havendo as travestilidades, transgeneridade não-binária, entre outras identidades de gênero.

<sup>10</sup> No decorrer deste trabalho esse conceito será retomado e explicado.

identidades trans são compreendidas pelo Processo Transexualizador? Como os/as usuários/as desse serviço o significam? Como o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco se insere nessas questões?

Neste capítulo iremos compreender como o processo de medicalização das transidentidades se constitui ao longo do século XX e como esses discursos se institucionalizaram no Brasil, apreendendo que esses processos estão diretamente relacionados aos movimentos sociais e à formação de transidentidades políticas que vão para além dos enquadramentos que originaram a nomeação “transexual”. Dessa forma, será analisado a seguir como surgiu o fenômeno transexual dando destaque a três cientistas que tiveram maior influência na consolidação dessa terminologia na nosografia médica a partir de pontos de vista diferentes (endocrinológico, psicológico e psicanalítico), entretanto iguais ao conceberem o indivíduo transexual enquanto o não normal.

## **2.1 O “Transexualismo” do “transexual verdadeiro” e a influência de Benjamin, Money e Stoller**

Como dito anteriormente a palavra “transexual” surge pela primeira vez no trabalho de Magnus Hirschfeld em 1910. Contudo é apenas em 1949, que o termo ressurgiu com Cauldwell a partir de um estudo sobre o caso de um transexual masculino. Na época, a palavra transexual foi utilizada para designar uma pessoa que tinha nascido com um pênis e se identificava com os atributos socialmente concebidos para o sexo feminino, havendo uma demarcação nominal ao “sexo biológico” tido como o “verdadeiro”, “legítimo”.

Segundo Berenice Bento (2004), até esse período não havia uma diferenciação clara entre transexuais, travestis e homossexuais. Jorge Leite Jr. (2008) acrescenta que devido ao intenso trabalho de catalogação e medicalização dos tipos de “hermafroditismo”, no decorrer do século XIX até a década de 1950 haviam mais estudos que compreendiam as experiências que viriam a ser enquadradas posteriormente como transexuais enquanto “hermafroditismo psíquico”.

É sobre este frágil e recente conceito que as então recentes e também frágeis ciências da psique vão se desenvolver e apoiar para discutir os limites entre masculino e feminino. Uma nova ciência para uma nova sociedade, uma nova psique para um novo corpo, novos conceitos para novos limites e novas transgressões para novas normas. (LEITE JUNIOR, 2008:82)

Na busca de se formar um discurso superior, legitimador, válido e único, a ciência investe seus esforços em uma busca incansável de catalogação e categorização de todos os campos da experiência humana e não humana. Um misto de corpos, desvios, moralidades, regulações, normatizações, naturezas, biologies, psiques, valores, essências, pecados e categorias que se misturam a tal ponto que, de tão esgarçados, os limites ficam invisíveis aos olhos, naturalmente reais, fatos científicos inquestionáveis, produzidos por homens sábios que detém as técnicas esterilizadas de valores e que podem afirmar as verdades dos corpos, das matérias, do mundo.

Fausto-Sterling (2001/02) afirma que o processo de se categorizar alguém como homem ou mulher é uma decisão social. O conhecimento científico pode até ser utilizado pela sociedade para ajudar a tomar a decisão, mas são as nossas crenças sobre o gênero que definem o nosso sexo, e não a ciência. No século XIX, a ciência na luta para se estabelecer como o saber mais legítimo, ousou desvelar a verdade sobre os sexos. Não é à toa que o hermafroditismo (atualmente compreendido pelo termo intersexualidade) é um dos pontos de maior produção literária médica nos séculos citados. Na suposta impossibilidade lógica de que não se pode haver mais de dois sexos, a ciência tentará sempre encontrar, desvelar, aquele que seria o “verdadeiro” em um corpo ambíguo. Ao expandir o hermafroditismo para mente, compreendia-se que mesmo com genitálias “verdadeiramente” pertencentes a um sexo, haveria a verdade a ser buscada na mente, na psique. A transexualidade vai se tornando uma potencialidade para a verdade; a verdade de que aqueles que não estão na “*cisnorma*” são os desvios a serem normatizados com a “cura” proporcionada pelas mãos de cientistas.

O escrutínio da medicina moderna pela verdade dos corpos e da sexualidade abrangia as mais diversas práticas e performances, desde a classificação dos indivíduos que tinham atração por pessoas do mesmo sexo; de pessoas com genitálias divergentes das duas oficializadas como “verdadeiras”; de pessoas que desejavam se vestir, se comportar como aquelas que eram lidas como o seu sexo oposto; isto é, (...) os limites entre o masculino e o feminino são questionados e suas transgressões patologizadas.” (LEITE JUNIOR, 2008:91).

Para compreender as distintas formas de classificação científica da experiência transexual, retomemos Magnus Hirschfeld. Quando este médico alemão se propõe a estudar as sexualidades desviantes, sendo até então muito conhecido pelos estudos sobre o “homossexualismo”, ele percebe uma necessidade de uma maior categorização a partir do momento que encontra nos seus pacientes relatos que possuem particularidades que não estão abarcadas nas categorias já criadas. No seu livro “*Transvestites*” (1991), ele percebe que haviam pessoas que se enquadravam na categoria “travesti” que para ele significava o comportamento

de se vestir como o sexo oposto, mesmo sabendo que não pertenceria a esse sexo. Porém haviam pessoas que se vestiam e acreditavam que pertenciam a esse outro sexo, sendo necessária uma nova categoria para compreender tais vivências.

Como apontado por Leite Júnior (2008), a patologização de tais comportamentos só faz sentido em uma lógica de inteligibilidade que considera que há roupas únicas e inquestionavelmente masculinas e femininas que se diferenciam de forma absoluta, tal qual as diferenças que teoricamente separariam homens e mulheres. Assim, o sexo é compreendido como algo absoluto, não transponível, aqueles que se enxergam como pertencentes ao sexo oposto seriam um caso a ser estudado. Cunha-se pela primeira vez a patologização desses comportamentos como “transexualismo psíquico” ou “transexualismo da alma”. (LEITE JÚNIOR, 2008).

Juntamente ao aumento discursivo da sexualidade observa-se a aceleração do desenvolvimento de novas tecnologias, que não só avançavam no campo das indústrias como se tornavam aliadas para a construção dos tratamentos e intervenções da medicina moderna. Na busca de tratamentos para os hermafroditas, os estudos endocrinológicos e o aprendizado de técnicas cirúrgicas para mudanças sexuais evoluem rapidamente. Em 1912, Hirschfeld já propõe tratamento hormonal e intervenção cirúrgica como solução para a redefinição sexual. A Primeira Guerra Mundial, com seus feridos de guerra, aumenta a demanda por técnicas de cirurgias plásticas e reconstrução de membros, avançando os estudos e as possibilidades cirúrgicas.

Joanne Meyerowitz (2002), no seu livro *“How sex changed: a history of transsexuality”*, aponta que os avanços na construção do fenômeno transexual não podem ser vistos sem se pensar os avanços tecnológicos. Segundo a autora, há uma agitação na Europa e nos Estados Unidos no início do século XX acerca das possibilidades tecnológicas para a mudança de sexo, sendo as cirurgias de modificação genital mais realizadas após a Segunda Guerra Mundial. A autora compreende que o frenesi causado pelas possibilidades de mudança de sexo se deu de forma enfática pelas próprias campanhas por emancipação sexual promovidas na Alemanha antes da Segunda Guerra. Hirschfeld e seus colegas trabalhavam politicamente para a remoção de obstáculos legais e médicos para as variadas sexualidades e gêneros, defendendo a liberdade dos homossexuais e também daqueles que desejavam mudanças sexuais. (MEYEROWITZ, 2002:21).

É no período entre guerras que é realizada a cirurgia de Lili Elbe, que recentemente ganhou novo destaque pela adaptação de uma obra literária para os cinemas com o filme *“A Garota*

*Dinamarquesa*”<sup>11</sup>. Um aluno de Hirshfeld realiza três operações na pintora Lili Elbe, sendo a primeira realizada em 1921 e a última em 1930, tendo ela falecido em decorrência da sua última cirurgia devido a uma rejeição do corpo ao transplante de útero realizado. Lili Elbe ficou conhecida como sendo a primeira transexual a realizar uma cirurgia de “mudança de sexo”. Com a chegada de Adolf Hitler ao poder na Alemanha, os trabalhos que estavam sendo realizados sobre sexologia em Berlim acabam sendo paralisados. Mesmo assim durante a Segunda Guerra, alguns experimentos foram realizados pelos nazistas, havendo o caso de Georges Marie André que teria sido capturado pela Gestapo e em 1943 passa por diversas intervenções de feminilização. Com o fim da guerra, ele se torna a primeira pessoa a buscar a retificação dos seus documentos, fato que acontece apenas em 1975. E é com o final da Segunda Guerra que o “fenômeno transexual” de fato se constitui. (MEYEROWITZ, 2002; LEITE JÚNIOR, 2008; JESÚS, 2013)

Em 1952 a temática transexual se destaca na mídia norte-americana com o caso de um ex-membro das forças armadas que revela ser uma mulher. George William Jorgensen Jr. que ingressara nas forças armadas norte-americanas aos 19 anos, em 1945, sendo dispensado seis meses depois por contrair uma pneumonia. Mas é através da literatura da época que o rapaz descobre a existência de procedimentos para mudança de sexo, submetendo-se a terapia hormonal com o endocrinologista dinamarquês Christian Hamburguer. (LEITE JÚNIOR, 2008)

Apesar de nunca ter realizado tal procedimento, Hamburguer, além do tratamento hormonal, realiza a remoção testicular de George. Um ano após o início do tratamento, retira o pênis e forma com ele os lábios vaginais. Contudo, o médico não constrói um canal vaginal pois acreditava que Jorgensen desejaria apenas uma aparência feminina e que não pretendia realizar práticas sexuais (posteriormente uma das características para diagnóstico de uma transexual verdadeira seria a falta de desejo sexual). Assim “nasce” Christine Jorgensen, que escolhe seu nome em homenagem à Hamburguer. Ao voltar para os Estados Unidos se torna uma explosão midiática, sendo noticiada de forma sensacionalista, tal qual os *freak shows* presentes nos circos da época. Porém, o destaque midiático do caso de Christine suscita diversos debates científicos, e é nesse momento que surge um nome de destaque que será considerado um dos “mestres” da temática transexual, o também endocrinologista Harry Benjamin, alemão

---

<sup>11</sup> A *Garota Dinamarquesa* é um romance escrito pelo americano David Ebershoff publicado nos anos 2000 que teve uma adaptação para o cinema no ano de 2016. O filme obteve críticas divididas, foi indicado a vários prêmios, porém foi bastante criticado por ter sido escolhido um ator cisgênero para interpretar a personagem histórica Lili Elbe, que foi uma mulher transexual.

radicado nos Estados Unidos e figura central na construção do “transexual verdadeiro”. (MEYEROWITZ, 2002; BENTO, 2006; LEITE JÚNIOR, 2008)

### 2.1.1 O “fenômeno transexual” de Harry Benjamin

Harry Benjamin foi responsável pela popularização do termo “transexual” e por consolidar sua perspectiva dentro do campo médico ao lançar o seu livro “*The Transsexual Phenomenon*” em 1966, tornando-se uma das principais influências para manuais de diagnósticos médicos contribuindo para o aspecto patologizante da transexualidade. Sua obra pode ser considerada como o primeiro passo para institucionalização do “transexualismo” no *DSM*<sup>12</sup> e *CID*<sup>13</sup>.

Apesar de lançar seu livro base em 1966, sua influência acadêmica inicia-se com o lançamento do seu popular artigo “*Transsexualism and Transvestism as Psycho-Somatic and Somato-Psychic Syndromes*” na “*American Journal of Psychotherapy*” na edição de abril de 1954. Este trabalho torna-se a abertura para seu desenvolvimento acadêmico nos Estados Unidos, já que foi originalmente formado pela medicina do seu país de origem, a Alemanha. (STRYKER; WHITTLE, 2006). Com este artigo, Harry Benjamin dá origem ao sujeito “transexual” que sofre da doença “transexualismo”, seguindo a tradição nosográfica que surge no século XIX, de se nomear “distúrbios”, “problemas” ou “doenças” derivadas da sexualidade com o sufixo “ismo”. (LEITE JÚNIOR, 2008).

Assim, a partir de seu referencial epistêmico, Benjamin apresenta no artigo de 1954 os princípios de sua proposta, que seria a de “(...) criar uma forma sistemática de pensar sobre as diferentes inter-relações entre o corpo sexuado, a identidade de gênero e o desejo sexual que podem ser observados em vários fenômenos transgêneros” (STRYKER; WHITTLE, 2006:45, tradução nossa)<sup>14</sup>. Seu artigo adquire um caráter polêmico ao contestar os métodos utilizados pelos psicanalistas (principalmente pela tentativa de cura através da análise psicanalítica, negando muitas vezes a possibilidade de realização cirúrgica), indicando que o longo processo de análise não acarretaria em uma cura para o transexualismo. Para Benjamin, a cirurgia de transgenitalização seria a única alternativa eficaz. (BENTO, 2006).

<sup>12</sup> No Manual de Diagnóstico e Estática de Distúrbios Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), a transexualidade foi inserida em sua terceira edição (atualmente está na sua quinta, mais conhecido por DSM-5).

<sup>13</sup> Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, se encontra atualmente na sua décima edição, mais conhecida por CID 10.

<sup>14</sup> Texto original: create a systematic way of thinking about the differing interrelationships between the sexed body, gender identity, and sexual desire that can be observed in various transgender phenomena. (STRYKER; WHITTLE, 2006:45)

Em seu artigo, Benjamin apresenta naquele momento uma importante diferenciação entre “transexualismo” e “travestismo”:

O transexualismo é um problema diferente e muito maior. Ele indica mais do que apenas o desempenhar de um papel. Ele denota o intenso e muitas vezes obsessivo desejo de mudar todo o estado sexual, incluindo a estrutura anatômica. Enquanto o travesti masculino encena o papel de uma mulher, o transsexualista quer ser uma e funcionar como uma, desejando assumir o tanto de suas características quanto for possível, física, mental e sexual. (...) O transsexualista é sempre um travesti, mas não vice-versa. Na verdade, a maioria dos travestis ficaria horrorizado com a ideia de ser operado. O transsexualista, por outro lado, só vive em função do dia em que seus órgãos sexuais odiados possam ser removidos, órgãos os quais não são nada mais que uma deformidade terrível para ele. Portanto, o transsexualista sempre procura ajuda médica, enquanto o travesti, como regra, apenas pede para ser deixado sozinho. Para colocar de maneira diferente: no travestismo, os órgãos sexuais são fontes de prazer; no transexualismo, são fontes de desgosto. Isso me parece a principal distinção e, talvez, o principal sinal de diferenciação do diagnóstico. Caso contrário, não há separação nítida entre os dois, uma se funde ao outro. (BENJAMIN, In: STRYKER; WHITTLE (org.), 2006: 46, tradução nossa)<sup>15</sup>.

Benjamin procura especificar, categorizar e diferenciar os “travestismos” e com isso fundamenta teoricamente o que seria visto como “transexualismo”; suas caracterizações são basais para a formação internacional de diagnóstico dessa nova patologia. Cria-se um padrão de um “transexual verdadeiro” com um “transexualismo” específico. E esse indivíduo seria reconhecido pela:

(...) insistência em se considerar uma “mulher em corpo de homem” (ou uma “alma feminina em corpo masculino”), o repúdio e ódio aos próprios genitais e a urgente necessidade de alterar seu corpo, adequando-o ao sexo que considera ser o correto; e, finalmente uma profunda angústia ou infelicidade quanto a sua condição. (...) mais do que descrever um sintoma, ajuda a formar um “tipo ideal” de transexual. (LEITE JÚNIOR, 2008:142)

Seguindo o pensamento do filósofo John Austin (1990), o ato de nomear as experiências de determinadas pessoas como um diagnóstico médico produz mais do que apenas uma descrição. Ao atribuir a identidade “transexual” à determinada pessoa, há expectativas comportamentais

---

<sup>15</sup> Texto original: Transsexualism is a different problem and a much greater one. It indicates more than just playing a role. It denotes the intense and often obsessive desire to change the entire sexual status including the anatomical structure. While the male transvestite, enacts the role of a woman, the transsexualist wants to be one and function as one, wishing to assume as many of her characteristics as possible, physical, mental and sexual. (...) The transsexualist is always a transvestite but not vice-versa. In fact, most transvestites would be horrified at the idea of being operated. The transsexualist, on the other hand, only lives for the day when his hated sex organs can be removed, organs which to him are nothing but a dreadful deformity. Therefore the transsexualist always seeks medical aid while the transvestite as a rule merely asks to be left alone. To put it differently: In transvestism the sex organs are sources of pleasure; in transsexualism they are sources of disgust. That seems to me a cardinal distinction and perhaps the principal differential diagnostic sign. Otherwise there is no sharp separation between the two, one merging into the other. (BENJAMIN, In: STRYKER; WHITTLE, 2006:46).

específicas. Há uma transformação na linguagem de um ato descritivo, narrativo para um *proferimento performativo*, este significa que ao se emitir o proferimento está se fazendo uma ação, não podendo ser equiparado com o ato de dizer algo, pois se **faz** algo (AUSTIN, 1990). Através da perspectiva linguística de Austin, podemos afirmar que Benjamin não apenas estava representando a “realidade” das pessoas transexuais, mas a sua interpretação é construtora de significados. Pela linguagem a pessoa transexual se faz, é criada e a partir disso é lida por essa interpretação “formadora de realidade”. (AUSTIN, 1990; BENTO, 2006).

Também podemos observar na fala de Benjamin que a sua noção de “transexual verdadeiro” está pautada nos casos de pessoas lidas como biologicamente masculinas que se percebem enquanto mulheres, tanto para ele como para muitos autores da época, uma vez que entre pessoas socialmente definidas como femininas a incidência do “transexualismo” seria muito raro, sendo as “mulheres masculinizadas” tidas como casos extremos do “homossexualismo” feminino. Há, portanto, percepções sobre os gêneros muito diferentes, afetando posteriormente a própria visibilidade de homens trans<sup>16</sup> e a possibilidade de uso das tecnologias para suas transições.

A partir de uma interpretação endocrinológica, Benjamin seguia suas análises biomédicas, possibilitadas, segundo Fausto-Sterling (2000), pela descoberta, no início do século XX, da existência de “secreções internas” que seriam compreendidas como hormônios sexuais. A partir de então passa a haver uma grande investigação para se compreender como essas secreções afetavam as diferenças sexuais. Inicialmente, acreditava-se que nos corpos masculinos só atuariam hormônios masculinos e nos corpos femininos apenas hormônios femininos. Porém com a continuidade dos estudos percebeu-se que todo corpo humano possuiria os dois “gêneros” de hormônios, mas que estes atuavam de forma diferente nos corpos sexuados. Essa interpretação é fundamental para a construção do “sexo” para Benjamin.

Para ele, “o sexo” seria composto por vários tipos de “sexo”, sendo estes: o cromossômico (ou genético), o gonádico (gônadas produtoras das secreções hormonais sexuais), o fenotípico, o psicológico e o jurídico. O primeiro dividiria os indivíduos entre XX para mulheres e XY para homens, sendo o exame cromossômico fundamental para compreensão se o paciente seria transexual ou “hermafrodita” (intersexo). Se após a realização do exame do material genético fosse identificado os cromossomos XX, o indivíduo seria automaticamente encaminhado para cirurgia de transgenitalização por ser visto enquanto

---

<sup>16</sup> Aqui a leitura é a partir da percepção atual onde a pessoa que se identifica enquanto transexual não utiliza o marcador do sexo genital para se descrever, mas sim, o gênero com o qual se identifica. Portanto os homens trans de hoje no período histórico narrado seriam compreendidos como mulheres masculinizadas, mulheres transexuais.

intersexo e sua constituição masculina ser um erro na atribuição do seu sexo. (BENJAMIN, In: STRYKER; WHITTLE (org.), 2006; BENTO, 2006).

O sexo gonádico seria subdividido em dois outros conceitos, que seriam o germinal (procriação) e o endocrinológico; o primeiro seria definido pela presença de esperma ou óvulo; o segundo, por sua vez, pela atuação e concentração de hormônios femininos e masculinos. Essa percepção está extremamente ligada aos estudos endocrinológicos mencionados acima, nos quais os hormônios seriam analisados quantitativamente e a presença numérica deles em determinados corpos atuaria diretamente na construção do próximo “sexo”. O sexo fenotípico, por sua vez, seria definido geralmente pelas características físicas, embora não necessariamente, desenvolvidas a partir dos sexos descritos anteriormente que seriam a presença de pênis ou clitóris, vagina ou escroto, etc.

O sexo psicológico seria, na ótica de Benjamin, o mais importante para a compreensão do “transexualismo”, já que por ser o mais flexível poderia divergir dos demais sexos. Para o autor o estado de normalidade, aquele visto como saudável e ideal para o ser humano, seria aquele onde os diversos sexos (cromossomático, gonádico, fenotípico, psicológico) que constituem “o sexo” estivessem em comum acordo. Qualquer alteração nesses tipos indicaria um comportamento anômalo; assim, além da determinação hormonal/biológica do ser feminino e masculino, a heterossexualidade enquanto ideal do comportamento sexual “saudável” seria o norteador e articulador desses vários sexos na construção de um sujeito sexualmente saudável ou então patológico. Nessa lógica o corpo, o comportamento e o desejo seriam marcadores do sexo e precisariam estar alinhados para serem compreensíveis, qualquer “ambiguidade” ou “incoerência” seriam disfunções com necessidade de tratamento médico. (AMARAL, 2011).

Assim, o autor conclui que o “verdadeiro transexual” teria no sexo psicológico uma forte dissidência dos demais “sexos”, havendo um conflito interno que levaria aquele sujeito a acreditar ser “uma mulher em corpo de homem” ou vice-versa; diferentemente do travesti<sup>17</sup> este indivíduo possui uma aversão completa ao seu órgão genital o que acarretaria em uma profunda angústia diante de seu corpo. (JÉSUS, 2013).

Por essa razão, para Benjamin a terapia não resolveria o problema, contribuindo apenas para o auto entendimento do paciente, sendo necessária a mudança corporal.

---

<sup>17</sup> Trago o termo “o travesti” por estar sendo aplicado a partir da conceituação da época. Atualmente no Brasil, a palavra travesti possui uma conotação política e é seguida por pronome feminino.

Transexualismo é inacessível para quaisquer métodos curativos atualmente à nossa disposição. No entanto, a condição requer ajuda psiquiátrica, reforçada pelo tratamento hormonal e, em alguns casos, por meio de cirurgia. Desta forma, uma existência razoavelmente satisfeita pode ser realizada para estes pacientes. (BENJAMIN, In: STRYKER; WHITTLE (org.), 2006: 52, tradução nossa)<sup>18</sup>.

Toda a construção do “transexual verdadeiro” de Benjamin se pauta em uma lógica de inteligibilidade que percebe a cisgeneridade e a heterossexualidade como leituras legítimas, normais, não problemáticas; por outro lado, aquelas que não correspondem à essas práticas são automaticamente vistas como patológicas. Não há um questionamento sobre a necessidade de existir um “sexo”, um “gênero”, uma “sexualidade” verdadeira. A nomeação apenas do desvio desse “outro” reforça a própria dominação de um tipo muito específico de experiência humana. A seguir iremos apresentar a percepção de John Money, conhecido por cunhar a terminologia “gênero”.

### 2.1.2 *Os papéis sexuais e o gênero pela ótica de John Money*

Como visto na diferenciação dos “sexos” proposta por Harry Benjamin, na década de 1950 havia uma busca por definições que apreendessem as diversas configurações que o sexo poderia se apresentar na realidade. Assim, para os médicos da época era necessário buscar um aperfeiçoamento do tratamento e diagnóstico para a definição do sexo “verdadeiro” daquele paciente, tanto na parte física quanto psicológica. Nesse contexto a figura de John Money emerge enquanto o cunhador de uma nova definição para se pensar as representações físicas, psicológicas e culturais do “sexo”.

John Money nasceu na Nova Zelândia e viaja para os Estados Unidos em busca de estudar casos de intersexualidade, dando enfoque nos casos infantis, no principal hospital sobre a temática da época, o John Hopkins Hospital. Em 1955, o autor propõe, através de uma perspectiva psicológica, uma investigação das relações entre a identidade “nuclear” (*core identity*), a anatomia, os hormônios e cromossomos de um indivíduo, através da criação do conceito de “gênero”, tomando como base teórica a teoria dos “Papéis Sociais” do sociólogo norte-americano Talcott Parsons (1902-1979). Assim, o conceito de gênero surge inicialmente através da relação entre psicologia e biomedicina, sendo só nos anos de 1970 que o termo realmente se populariza e é ressignificado pelos estudos feministas. (AMARAL, 2011)

---

<sup>18</sup> Texto original: Transsexualism is inaccessible to any curative methods at present at our disposal. Nevertheless the condition requires psychiatric help, reinforced by hormone treatment and, in some cases, by surgery. In this way a reasonably contented existence may be worked out for these patients. (BENJAMIN, In: STRYKER; WHITTLE, 2006:52).

Money compreende o “papel de gênero” como todas as ações que uma pessoa realiza para indicar aos demais e a si mesma o quanto é feminina, masculina ou ambas as características. Há uma diferenciação entre papel de gênero e identidade de gênero, sendo o segundo a experiência individual do primeiro; conseqüentemente, o primeiro seria a exposição pública do segundo. O autor utiliza essa perspectiva para defender que a experiência de se pertencer, se expressar, a um gênero não seria simplesmente definida pelas características biológicas, mas sim, pela educação, sendo a socialização primária definidora para o papel e identidade de gênero futuras. Ele estimava que até os 18 meses a criança teria sua identidade de gênero maleável, sendo definida após essa idade. Sua teoria era direcionada, principalmente, pelo intuito de realizar cirurgias de intervenção em genitálias ambíguas em crianças intersexuais, defendendo que a ciência poderia definir o gênero que seria moldado até os 18 meses e definitivo para toda a vida adulta a partir de então. (FAUSTO-STERLING, 2001/02; BENTO, 2006; LEITE JÚNIOR, 2008; AMARAL, 2011).

Apesar de apresentar uma perspectiva construtivista para se pensar a relação entre sexo fisiológico e psicológico, incluindo a noção de gênero que contemplaria os aspectos culturais da socialização, a ideia de Money é fundamentada em uma perspectiva muito rígida de feminino e masculino, podendo aqui pontuar, sob a perspectiva de Butler (2008), que sua noção sobre os sexos e o gênero era inteligível a partir de uma *matriz de inteligibilidade heterossexual*. Segundo a filósofa Judith Butler (2008):

(...) a “coerência”, e a “continuidade” da “pessoa” não são características lógicas ou analíticas da condição de pessoa, mas, ao contrário, normas de inteligibilidade socialmente instituídas e mantidas. (...) Gêneros “inteligíveis” são aqueles que, em certo sentido, instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. (...) A noção de que pode haver uma “verdade” do sexo, como Foucault a denomina ironicamente, é produzida precisamente pelas práticas reguladoras que geram identidades coerentes por via de uma matriz de normas de gênero coerentes. (BUTLER, 2008:38)

Assim, apesar de o autor buscar compreender o gênero como pertencente ao âmbito social, toma como premissa um tipo de sexualidade, um tipo de expressão de gênero enquanto “verdadeira”, “normal”, nesse caso, toma a heterossexualidade e a *cisgeneridade* como apriorísticas. Ao lidar com as vivências de crianças intersexuais, Money institui que o social, por meio da intervenção científica médica e de suas instituições, poderia garantir o “verdadeiro” sexo daqueles sujeitos, eliminando a ambigüidade como possibilidade do real. Como apontado por Bento (2006), Money, ao intervir cirurgicamente nos corpos de crianças intersexuais, construindo por exemplo um canal vaginal, tomava como dado o interesse futuro daquela

pessoa em desejar ter práticas sexuais heteronormativas. A coerência entre o corpo, o gênero e o desejo era norteada pela suposta “naturalidade” da heterossexualidade. (BENTO, 2006).

Fausto-Sterling (2001/02) aponta que a divisão entre sexo e gênero proposta por Money, parte do pensamento dualista/binário ocidental e o reitera, pois toma apenas dois polos como possíveis para o desenvolvimento lógico e, portanto, inteligível, desassociando o sexo visto como do âmbito da natureza/fisiológico do gênero entendido como psicológico/cultural/social. Isso remeteria o sexo a um aspecto essencialista e apartado dos contextos históricos e sociais da sociedade que o apreende, ao mesmo tempo, que se negaria as intercambialidades entre os atributos biológicos e os sociais, deixando de percebê-los como processos relacionais. (FAUSTO-STERLING, 2001/02).

Em 1973, John Money em conjunto com Norman Fisk e Donald Laub, criam a terminologia, até hoje corrente, de “disforia de gênero”, para significar a sensação de mal-estar, desconforto com o sexo atribuído, um termo que ficou comumente apreendido para designar de forma mais abrangente o “transexualismo”. O conceito é criado após leituras de Money sobre as interpretações acerca da identidade de gênero apresentadas por Stoller. Em 1977, “(...) a *Harry Benjamin Association*, em seu V congresso, adota-o e muda seu nome para a *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA), sem abrir mão em seus textos do termo “transexualismo”, criado pelo fundador” (LEITE JÚNIOR, 2008:150).

A partir do desenvolvimento teórico de John Money, que em 1960 esponta um importante nome para o debate do fenômeno transexual e incorpora o conceito de gênero para suas reflexões acerca do “transexualismo” do “transexual verdadeiro”, a seguir iremos apresentar os apontamentos dos neuropsiquiatra e psicanalista Robert Stoller. Deve-se salientar, que um contribuiu para o outro e de um modo mais amplo os trabalhos dos três contribuíram para a construção do “fenômeno transexual” e os estudos de gênero e sexualidade como um todo.

### 2.1.3 O “transexual verdadeiro” de Robert Stoller

Robert Stoller possui uma grande influência na criação da transexualidade enquanto objeto das ciências *psi*. Sua etiologia da transexualidade adquiriu uma rápida repercussão nos anos de 1960 nos Estados Unidos com a publicação do seu artigo em parceria com o sociólogo Harold Garfinkel nos *Archives of General Psychiatry*, ganhando mais ênfase principalmente após o lançamento da sua obra “*Sex and Gender: The Development of Masculinity and Femininity*” em 1968, posteriormente lançando uma continuação “*Sex and Gender: The Transsexual Experiment*”, sendo traduzido no Brasil com o título “A experiência transexual” em 1975.

Em 1964, com a parceria de Ralph Greenson, Stoller retomou o conceito de gênero apresentado por Money e apresentou a noção de “identidade de gênero” como uma possibilidade analítica para compreender o sentimento de pertencimento a um sexo. Manteve a ideia já abarcada na noção de “papéis de gênero” (construída por Money) ao compreender que a identidade de gênero deveria ser definida na primeira infância. Porém acreditava que sua conceituação avançava no debate por perceber que poderia haver uma dissociação entre a percepção feita pelos sujeitos do seu gênero e suas práticas. (LEITE JÚNIOR, 2008; AMARAL, 2011).

Dessa forma, para o autor, a identidade de gênero consistiria na mescla de masculinidade e feminilidade que comporiam todos os indivíduos. Para Stoller, os dois aspectos estariam presentes em todas as pessoas. Ele toma uma certa bissexualidade fundacional, porém haveriam variações de formas e graus de como esses gêneros se apresentariam nas pessoas. Apesar de afirmar que a identidade de gênero nada teria a ver com se constituir fisicamente homem ou mulher, o autor reforça a naturalização do binarismo sexo e gênero. Pois ele compreende a constituição morfológica como um aspecto da natureza/biologia, um dado inquestionável desassociado do social. Porém, a ficção dessa “dissociação” pode ser vista quando ele diz que mesmo a identidade de gênero sendo movida pelo estado psicológico e não precisando estar diretamente relacionada ao biológico, o normal é que ela esteja. Sendo assim, nessa percepção se estabelece o que foi dito por Butler (2008):

A matriz cultural por intermédio da qual a identidade de gênero se torna inteligível exige que certos tipos de “identidade” não possam “existir” – isto é, aquelas em que o gênero não decorre do sexo e aquelas em que as práticas do desejo não “decorrem” nem do “sexo” nem do “gênero”. (BUTLER, 2008:39).

Reforçando o que foi exposto acima, Stoller percebe que o conceito de identidade de gênero pode ser apropriado para uma análise fluída, acreditando-se que o gênero poderia ser modificado a qualquer momento. Assim, para evitar leituras errôneas, ele postula o conceito de “identidade de gênero nuclear”, reforçando o caráter de legitimidade de uma concepção de gênero do sujeito. Esta seria definida na primeira infância e imutável, sendo a “verdade do sexo” passível de ser apreendida pelos profissionais da medicina. (LEITE JÚNIOR, 2008).

A experiência mais marcante no processo de clínica de Stoller, que resulta em todo seu movimento teórico em determinar a experiência transexual, é o caso que derivou o estudo em coparceria com o sociólogo Garfinkel, o caso Agnes. A história se inicia em outubro de 1958, quando a paciente Agnes (nome fictício cunhado por Garfinkel) é encaminhada para tratamento

médico com Robert Stoller. A jovem de 19 anos, branca e economicamente independente, alegava ter nascido e vivido como garoto até os seus 17 anos quando a partir dessa idade adota uma identidade feminina. Segundo ela, seu corpo passou a desenvolver características físicas do sexo feminino durante sua puberdade, onde simultaneamente ao desenvolvimento do seu pênis e escroto, seu corpo apresentou seios, nenhum pelo facial e medidas corporais comumente atribuídas as mulheres. (GARFINKEL, 2006).

Agnes realiza em março de 1959 a sua cirurgia de redesignação genital sob o diagnóstico de desordem testicular. Porém, sete anos após a cirurgia (em 1966), Agnes revela a Stoller que mentiu todo esse tempo e que fazia uso de hormônios femininos desde os 12 anos de idade, surgindo daí as suas modificações corporais. Assim, Agnes seria, na verdade, uma mulher transexual. Agnes conseguiu um diagnóstico “errado” de um importante médico, fato que abalou os referenciais epistêmicos de Stoller, levando-o a uma definição cada vez mais categórica entre: mulher “normal”, mulher intersexual e mulher transexual.

Este é um grande choque para Stoller, que não vai se questionar sobre os estereótipos de gênero, mas aprofundar sua busca por um “verdadeiro” sexo, no sentido de predominante e psíquico, aumentando as vigilâncias, válidas até hoje em dia, contra as “falsas” pessoas transexuais. (LEITE JÚNIOR, 2008:157).

Ele acreditava ser papel do terapeuta identificar os níveis constitutivos da identidade do sujeito que precisavam estar completamente imbricados, no caso as performances de gênero, a sexualidade e a subjetividade, tendo como parâmetro a heterossexualidade; assim, havendo qualquer incoerência entre estes níveis caberia ao terapeuta intervir e conduzir o restabelecimento da ordem e da coerência. (BENTO, 2006).

Isso se reflete no empreendimento “*Sex and Gender*” como um todo, onde Stoller articula as suas experiências de clínica com a psicanálise freudiana. Bento (2006) aponta que:

Para Stoller, a explicação para a gênese da transexualidade estaria na relação da criança com sua mãe. Segundo ele, a mãe do transexual é uma mulher que, devido à inveja que tem dos homens e ao seu desejo inconsciente de ser homem, fica tão feliz com o nascimento do filho que transfere seu desejo para ele. Isso acarreta uma ligação extrema entre filho e mãe, o que não deixa o conflito de Édipo se estabelecer, devido à inexistência da figura paterna como rival. A entrada no conflito de Édipo e sua resolução, segundo o autor, são momentos decisivos para a constituição da identidade de gênero da criança e de sua identidade sexual. (BENTO, 2006:137)

Na sua análise psicanalítica o autor defenderia que mais do que analisar o próprio sujeito transexual seria necessário contemplar sua mãe na análise. Para legitimar sua perspectiva, traz relatos de sua experiência de clínica, onde encontrou mães “masculinas”, “dominadoras”,

“chefe da família”, etc; características que pela sua hipótese determinariam a transexualidade da criança que nunca haveria de completar seu complexo de Édipo.

Outro aspecto observado seria o contato e predileção da criança por roupas, brinquedos e brincadeiras “femininas”, o que levaria a uma urgência no tratamento, pois caso as crianças não fossem acompanhadas desde a primeira infância por um analista, na sua vida adulta apresentariam uma identidade transexual e desejariam a mudança de sexo. O autor compreendia que a consolidação do complexo de Édipo era essencial para o não desvio da criança. Assim, o terapeuta teria a tarefa de induzir o conflito de Édipo em crianças transexuais para que houvesse uma feminilidade ou masculinidade “normal”. Sendo assim, um importante indicativo de êxito no tratamento seria a demonstração de forte hostilidade da criança para com sua mãe, resultado de uma correta indução do complexo de Édipo. Ele nomeou o procedimento como “Complexo de Édipo Terapeuticamente Induzido”. (BENTO, 2006).

Para que essa indução seja realizada com sucesso, devem ser ressaltados os elementos estruturantes da identidade masculina hegemônica. A partir do reconhecimento do pênis como um elemento diferenciador entre o masculino e o feminino, passa-se a agregar novos significados à genitália. O reconhecimento do pênis, ao mesmo tempo em que diferencia esse sujeito das mulheres, também passa a ser um elemento identificador de sua condição de superioridade. Pode-se observar que, nesse processo, a construção da masculinidade desenvolve-se simultaneamente à misoginia e à homofobia. (BENTO, 2006:142)

O autor faz uma associação de correspondência entre genitálias e identidade de gênero, sendo os corpos pênis-homem, vagina-mulher, os únicos normais. Isso se evidencia quando:

Durante todo o livro, os termos usados para designar aqueles a quem o autor pretende ajudar, segundo a tradução brasileira, são: *aberrações sexuais, doentes, pessoas bizarras, invertidos*, além de *anormalidade, desordem e condição perniciosa*. Consequentemente, alguém que, porventura possa criar um vínculo afetivo-erótico com uma pessoa transexual, também é considerado “anormal”. (LEITE JÚNIOR, 2008:159).

A partir do pensamento patologizante não só os indivíduos designados como transexuais seriam doentes, como também as pessoas que sentiam desejo por elas. Isso resultaria em estigma social tanto para os seus “pacientes” como para àqueles que fazem parte do seu círculo afetivo, dificultando as sociabilidades e intensificando processos de violência e discriminação. Na construção desses tratamentos que visavam uma reintegração dos transexuais, tomando a heterossexualidade como parâmetro, o tratamento por meio da psicanálise foi rejeitado pelo endocrinologista Harry Benjamin que acreditava na cirurgia de transgenitalização como a única forma de obtenção da cura. Em contrapartida, Stoller acreditava que a cirurgia só deveria ser

recomendada em última instância. Sua recomendação primária era a de que as mães estivessem atentas ao comportamento de seus filhos pois a intervenção do terapeuta só obteria total êxito se acontecesse nos primeiros anos da infância, pois só nesse período a intervenção social poderia efetivamente modificar a identidade de gênero.

Porém, instituir que apenas o psiquiatra bem treinado poderia observar e diagnosticar, a partir dos comportamentos diagnósticos, desenvolvidos por ele e pela literatura médica, o “verdadeiro” transexual é uma marcação de um poder perante as demais especialidades médicas e saberes. Nesse diagnóstico, estaria nas mãos de um profissional psi a garantia da cirurgia que poderia melhorar a relação da pessoa “transexual” na sociedade. Os parâmetros para diagnósticos, a concepção de que a transexualidade pertence a nosografia médica como “transexualismo” e que **identificação, tratamento** e “cura” são determinadas pelo profissional médico vão reforçar a entrada das identidades trans nos manuais de diagnóstico, como veremos no próximo tópico.

## 2.2 Os manuais de diagnóstico e a medicalização da transexualidade

No processo de institucionalização e normatização da medicina, surgiu a necessidade de criação de um ponto de referência para a padronização dos parâmetros de diagnóstico e tratamento das mais diversas doenças. Nesse processo é elaborado em 1893 o primeiro acordo internacional para classificação de causas de mortes. Esse acordo passou a ser revisado a cada dez anos com o intuito de agregar as novas descobertas médicas sobre doenças que motivavam óbitos. Até sua quinta revisão, ocorrida em 1938, apenas doenças que levavam a morte estavam descritas no material. É só a partir da sexta edição (1948) que há uma classificação de doenças geral, agregando todos os tipos, incluindo lesões e sintomas. A partir dessa edição que a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a ser responsável pela atualização da “Classificação Internacional de Doenças”, mais conhecida como CID. (LAURENTI, 1994).

Segundo Ruy Laurenti (1991), o ato de classificar pessoas doentes em grupos, somado aos acordos e definições para o estabelecimento de critérios e limites para a constituição desses grupos, é denominado por “**nosologia**”. Nomear uma doença individualmente, dando características e propriedades específicas de uma patologia, seria a “**nosografia**”.

A nosografia tenta traduzir e possibilitar nossa compreensão sobre as causas, sobre a patogênese e sobre a natureza da doença (...) é o arcabouço conceitual para o conhecimento sobre os problemas de saúde, fornecendo as bases para o planejamento e a avaliação. Possibilita a todos que tratam da assistência bem como dos problemas

de saúde se comunicarem entre si em uma mesma linguagem. (LAURENTI, 1991:407)

Assim, a criação dos manuais visa uma maior eficácia na classificação e intervenção das doenças presentes no mundo, unificando os diagnósticos para uma possível melhor comunicação entre os diversos profissionais. Há, contudo, uma perda sobre os contextos e processos históricos e sociais dessas doenças. Como apontado por Conrad (2007) aquilo que constitui um problema médico, em grande parte, é definido pelos olhos do observador clínico, daqueles que tem o domínio, autoridade, para definir o problema como médico. Dessa maneira, quando certas características são patologizadas e se incorporam a uma nosografia médica se tornam algo homogêneo chamado de doença e que precisa ser tratada. Entretanto, a linha sobre um problema “realmente” médico e um problema social lido como médico é bastante tênue. (CONRAD, 2007).

Para uma melhor compreensão de como as identidades trans foram medicalizadas e incorporadas numa linguagem nosográfica, iremos primeiramente analisar sua incorporação no manual mais abrangente e importante mundialmente, a CID. Em seguida, iremos analisar um manual mais específico, que classifica questões de saúde mental que é a principal influência para a psiquiatria mundial e que está diretamente relacionado com as doenças mentais presentes na CID, o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, mais conhecido como DSM. O caráter internacional desses manuais e suas influências os tornam relevantes para análise já que atingem diretamente na construção das decisões médicas do Brasil, incluindo aqui a institucionalização do processo transexualizador.

### 2.2.1 F64.0 – *Transexualismo, CID-10*

Da sexta edição (1948), quando passa a ser incluído todos os tipos de doenças e motivos para consulta médica, à última atualização, a décima (1993), a CID passou por diversas mudanças, até mesmo de sua denominação<sup>19</sup>. Atualmente praticamente todos os hospitais mundiais que realizam uma codificação para as causas de internação ou atendimento ambulatorial se pautam na CID. Na sua organização, a “CID é composta por capítulos, cada capítulo é subdividido em agrupamentos, cada agrupamento é subdividido em categorias e, por fim, as categorias são subdivididas em subcategorias.” (BENEDICTO et al, 2013:27).

---

<sup>19</sup> Apesar de ainda ser mais comumente conhecida pela nomenclatura que derivou a sigla, seu “nome completo” atualmente seria “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde”.

Assim, na CID 10 ao consultarmos o “Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentos”, na subdivisão de grupo “F60-F69 – Transtornos da personalidade e do comportamento adulto”, na subdivisão por categoria “Transtornos da identidade sexual [F64]”, encontramos, por fim, a subcategoria “F64.0 – Transexualismo”, dividindo espaço com mais quatro subcategorias: “F64.1 – Travestismo bivalente”; “F64.2 – Transtorno de identidade sexual na infância”; “F64.8 – Outros transtornos da identidade sexual”; “F64.9 – Transtorno não especificado da identidade sexual”.

Aqui iremos focar na subcategoria “F64.0” que foi inserida na edição mais recente, a CID 10, que está em vigor desde 1993. Lá ele está definido da seguinte forma:

Transexualismo: trata-se de um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. Este desejo se acompanha em geral de um sentimento de mal-estar ou de inadaptação por referência a seu próprio sexo anatômico e do desejo de submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado. (OMS, 1997)

Retomemos um pouco do debate do tópico anterior. Nos Estados Unidos, Harry Benjamin despontava como o maior defensor da adoção do termo “transexualismo” enquanto uma nosologia que facilitaria o processo de diagnóstico médico e a vida dos sujeitos sob essa condição. Com ele é realizada uma diferenciação estrita entre a pessoa transexual, a pessoa travesti e as pessoas intersexuais<sup>20</sup>. A sua definição categórica do “transexualismo” influenciou os livros biomédicos e todo uma rede científica e política, reverberando na adoção da nomenclatura pela CID 10. Há uma oficialização do debate que apresentamos no tópico passado, através da institucionalização das vivências das identidades trans no manual de diagnósticos de maior referência.

Outro elemento importante é o transtorno sexual na infância que, de acordo com Stoller, é o que caracteriza o transexual “verdadeiro” ou “primário”. Apesar de ressaltar que para se perceber este transtorno não é suficiente que uma menina seja levada ou traquinas ou que o menino tenha uma atitude afeminada, ou seja, comportamentos regidos por normas de gênero que definem o que é ser “levada ou traquinas” ou possuir “atitudes afeminadas”, a CID-10 afirma que o diagnóstico requer uma profunda perturbação de identidade sexual normal, sem definir o que é esta identidade sexual “normal”, nem graduar o que seria uma perturbação “profunda”. (LEITE JÚNIOR, 2008:181)

---

<sup>20</sup> É importante salientar que por um tempo as vivências trans foram concebidas como um hermafroditismo psíquico.

Como percebido por Butler (2004), no processo de diagnóstico não há um questionamento sobre a que normalidade está se atendendo; não se questiona o caráter ficcional que as características tidas como femininas e masculina teriam na linguagem. Esses comportamentos são tomados como dados, naturais, normais, inerentes e não como, históricos, contingentes, morais, locais.

Os termos pelos quais somos reconhecidos como humanos são socialmente articulados e mutáveis. E às vezes, os próprios termos que conferem “humanidade” a alguns indivíduos são aqueles que privam certos outros indivíduos da possibilidade de alcançar esse status, produzindo um diferencial entre o humano e o menos que o humano. (BUTLER, 2004:2, tradução nossa)<sup>21</sup>

Assim, numa pessoa com a genitália pênis que se comporta com as características lidas como “masculinas” a sua humanidade seria reconhecida, porém os mesmos comportamentos sendo realizados por uma pessoa com a genitália vagina a privariam do mesmo reconhecimento enquanto “humano”. Através da construção de uma medicalização dos comportamentos de gênero que não correspondem a cisgeneridade, as performances de gênero dissidentes seriam tidas como menos humanas. Logo, um manual como a CID reforça a lógica de que haveriam performances de gênero não “normais” ao oficializar que esses comportamentos são um diagnóstico de uma doença mental. No processo de construção de uma patologia, se exterioriza o problema que é a doença. A doença acomete o humano e o impossibilita de estar completamente integrado na sociedade, a cura e o tratamento surgem como a possibilidade de reintegração, de tornar o sujeito “completamente humano” novamente.

Quando certas vivências do gênero e da sexualidade são vistas como doenças, há o processo de exteriorização daquilo que é visto socialmente como um problema. Um problema que só é visto como tal devido a ordem moral, e passa a ser compreendido como uma coisa em si que aflige e acomete os seus portadores. O “transexualismo” do “transexual”, o “homossexualismo” do “homossexual”, seus comportamentos deixam de ser possibilidades da vivência humana para serem sinais de diagnóstico. Nessa lógica do saber biomédico, o doente é menos humano e precisa ser classificado a partir de sua doença, pois algo o retira da completude como um ser humano pleno e autônomo. Assim, o tratamento é tido como normalização, reintegração as faculdades necessárias para que seja compreendido como humano autônomo novamente.

---

<sup>21</sup> Texto original: The terms by which we are recognized as human are socially articulated and changeable. And sometimes the very terms that confer “humanness” on some individuals are those that deprive certain other individuals of the possibility of achieving that status, producing a differential between the human and the less-than-human. (BUTLER, 2004:2).

Portanto, dentro dos parâmetros de classificação nosográfica, o “transexualismo” presente na CID-10 não apresenta nenhuma problematização sobre o que seria feminino e masculino, nem porque determinados comportamentos, para serem vistos como normais são restritos a pessoas que portam determinada genitália. Com isso o papel classificatório é apenas de constatação da nosografia e sua codificação estatística para o conhecimento “universal” da medicina. Apesar da forte crítica ao processo de medicalização de certas identidades de gênero, compreendo que a existência do código F64.0 tem implicações importantes para a garantia de acesso a serviços de saúde importantes para as pessoas transexuais que buscam suas transformações corporais. Isso será abordado mais à frente nesse trabalho. Seguindo a linha de raciocínio atual, seguiremos para a análise de como a transexualidade é apreendida pelo DSM e como é um processo correlato à inserção do F64.0 na CID-10.

### 2.2.2 O DSM e a Disforia de Gênero

Como parte do processo de institucionalização dos saberes científicos, em 1840 surge a Associação Médica de Superintendentes de Instituições Americanas para Insanos (AMSAI), que posteriormente adota o nome que se intitula atualmente, *American Psychiatric Association*<sup>22</sup> (APA). No ano de 1913, um dos associados, o Dr. James May, desenvolve um sistema para classificação nosográfica dos transtornos mentais até então catalogados. Tendo como base esse sistema de classificação, a partir 1933 a 1949 é realizada uma revisão pela APA que resultou na publicação, em 1952, do primeiro *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, mais conhecido pela sua sigla DSM. (ALVARENGA et al, 2009).

A primeira versão tomava como base uma noção “psicossocial” para as doenças mentais, percebidas como uma reação aos problemas da vida e suas dificuldades em um nível individualizante. Havia uma forte influência da psicanálise, observada pelas autoras no uso recorrente de terminologias como “neurose”, “conflito neurótico”. Em 1968, é lançada sua segunda versão (DSM II). Neste, o teor psicanalítico é ainda mais evidente, adotando-se uma visão da “perturbação mental” como uma “(...) expressão visível de uma realidade psicológica oculta a ser interpretada no curso do diagnóstico ou do tratamento.” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006:464).

Porém, é apenas no DSM III, publicado em 1980, que ocorre a inserção do “transexualismo” como uma doença mental. Essa mesma edição, segundo as autoras, traz uma ruptura com o

---

<sup>22</sup> Associação Americana de Psiquiatria

modo de classificação presente nas duas versões anteriores, que é a retirada do “homossexualismo” (por um voto de diferença) do manual. Contudo, a saída da homossexualidade não significa uma diminuição na classificação patológica de comportamentos sexuais discordantes do modelo heterossexual; na verdade há um aumento de nosologias psiquiátricas para a sexualidade e agora também há uma patologização de comportamentos ditos como problemas de “gênero”. (RUSSO, 2004)

Diferentemente das suas duas primeiras versões, o DSM III traz quatro subdivisões no segmento de distúrbios psicosexuais (*psychosexual disorders*), que são: *Gender Identity Disorders*, *Paraphilias*, *Psychosexual Dysfunctions* e *Other Psychosexual Disorders*. Na subdivisão “*Gender Identity Disorders*” há mais três divisões: *Transsexualism*, *Gender identity disorder of childhood* e *Atypical gender identity disorder*” (RUSSO, 2004). Há nesse manual, uma mudança:

(...) no nível da estrutura conceitual, [que] rompeu com o ecletismo das classificações anteriores (...), propondo não apenas uma nomenclatura única, mas sobretudo, uma única *lógica classificatória*; no nível da hegemonia dos campos de saberes concorrentes, representou uma ruptura com a abordagem psicanalítica dominante (...) e, por fim, no nível das representações sociais relativas ao indivíduo moderno, forjou não apenas novas concepções sobre o normal e o patológico, mas também participou do engendramento de grupos identitários. (RUSSO; VENÂNCIO, 2006:464-465).

O manual pretendia ser o mais neutro, empírico e estatístico possível, e menos teórico, parcial e moral possível. Sob a égide da ciência incólume, ao contrário do que se pretendia, articulava no seu discurso as mais diversas moralidades. Isso fica evidente ao se pensar os segmentos referentes à patologização de comportamentos sexuais e de gênero lidos como desviantes. Mas fica uma pergunta: desviantes em relação ao quê? Novamente, podemos trazer a reflexão sobre *matriz de inteligibilidade heterossexual* para se pensar a partir de qual referencial de comportamento “saudável” essa “neutralidade” se pauta.

Apesar da adoção de uma postura “neutra”, segundo Russo e Venâncio (2006), há cada vez mais alinhamento entre os diagnósticos e os estudos das grandes indústrias farmacêuticas, reverberando no aumento de classificações do DSM III para o DSM IV, que por sua vez, com o aumento de diagnósticos se elevam os números de produção para novos medicamentos. Em 1994, com a grande revisão do DSM IV, que há uma maior especificidade com relação aos transtornos e distúrbios sexuais e de gênero. Cria-se um capítulo denominado “*Sexual and Gender Identity Disorder*” que se subdivide em três grupos: *Sexual Dysfunctions*, *Paraphilias*

e *Gender Identity Disorders*. Tendo na subdivisão “*Gender Identity Disorders*”<sup>23</sup> uma maior categorização dos processos de transtorno de gênero.

No DSM IV o Transtorno de Identidade de Gênero é definido da seguinte forma:

A. Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto (não meramente um desejo de obter quaisquer vantagens culturais percebidas pelo fato de ser do sexo oposto). Em crianças, a perturbação é manifestada por quatro (ou mais) dos seguintes quesitos: (1) declarou repetidamente o desejo de ser, ou insistência de que é, do sexo oposto; (2) em meninos, preferência pelo uso de roupas do gênero oposto ou simulação de trajes femininos; em meninas, insistência em usar apenas roupas estereotipadamente masculinas; (3) preferências intensas e persistentes por papéis do sexo oposto em brincadeiras de faz-de-conta, ou fantasias persistentes acerca de ser do sexo oposto; (4) intenso desejo de participar em jogos e passatempos estereotípicos do sexo oposto; (5) forte preferência por companheiros do sexo oposto. Em adolescentes e adultos, o distúrbio se manifesta por sintomas tais como desejo declarado de ser do sexo oposto, passar-se frequentemente por alguém do sexo oposto, desejo de viver ou ser tratado como alguém do sexo oposto, ou a convicção de ter os sentimentos e reações típicos do sexo oposto. B. Desconforto persistente com seu sexo ou sentimento de inadequação no papel de gênero deste sexo. C. A perturbação não é concomitante a uma condição intersexual física. D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. (ASSOCIATION, 1995 apud LEITE JÚNIOR, 2008:184)

Todo o diagnóstico é pautado em um referencial de gênero que apresenta apenas homem e mulher, cisgêneros e heterossexuais como identidades reais, saudáveis, legais, reforçando estereótipos e generificando de forma essencialista objetos, práticas, comportamentos. Percebemos, dessa forma, como os três “grandes” nomes nos estudos sobre sexualidade nos Estados Unidos marcaram o discurso médico local, já que as características presentes nesse manual advêm dos estudos encabeçados por eles, tendo as características “encontradas” nas suas pesquisas a fundamentação para a catalogação de comportamentos que pautam o diagnóstico. Esses manuais, por sua vez, reverberam num cenário mundial devido à forte influência norte-americana na ciência como um todo.

Atualmente o último DSM lançado é o DSM V. Neste foi retirada a terminologia “Transtorno de Identidade de Gênero”, porém aparece no manual o termo “Disforia de Gênero”. Segundo a APA, essa foi uma tentativa de retirar o caráter estigmatizante da palavra “transtorno” que remeteria à ideia de doença mental, enquanto “disforia” abarcaria o estado de sofrimento vivenciado pelas pessoas que possuem identidades transgêneras. Segundo a psicóloga transfeminista Jacqueline Gomes de Jesus<sup>24</sup>, isso não significa uma despatologização

<sup>23</sup> Transtorno de Identidade de Gênero (TIG)

<sup>24</sup> Fala retirada de um comentário feito pela pesquisadora no site: <  
<http://nossostons.blogspot.com.br/2012/12/transsexualidade-transtorno-mental-disforia-de-genero.html?m=0>>

da transexualidade, mas sim, apenas uma realocação nominal do manual, além de pôr a população trans de uma forma abrangente em um possível estado de sofrimento psíquico, atrelando o sofrimento à identidade individual e não à sociedade cisnormativa que vê essas identidades como não humanas, não legítimas e passíveis de violências que geram sofrimento nas pessoas, formando o diagnóstico de disforia de gênero.

Mesmo sofrendo fortes críticas, o DSM é o manual de diagnóstico mais utilizado pela psiquiatria em nível mundial. Sua catalogação das doenças mentais reflete na própria codificação da CID e na criação de protocolos de atendimento e diagnóstico de psiquiatras das mais diversas nacionalidades, afetando o Brasil, por exemplo. Diante do que foi exposto, podemos perceber que o processo de medicalização das vivências trans se delineia ao longo do século XX, com o surgimento da nomenclatura “transexual” que se dá como uma identidade medicalizada, um constructo social a partir de uma nosografia psiquiátrica.

As próprias possibilidades de intervenção corporal atrelaram a população transexual às técnicas e atendimento médico, sendo um processo social relacional: tanto a população trans se faz através das técnicas médicas, como o saber médico constrói sua legitimidade discursiva pelas vivências dessas pessoas. Não se pode apartar o desejo de pessoas transexuais pelas intervenções corporais de uma idealização de corpos generificados, assim como não podemos deixar de perceber que são ferramentas importantes para a busca de uma autonomia, por mais que essas técnicas tenham sido produzidas por saberes limitados sob a categoria patológica das vivências de gênero. Após explanar sobre o processo de medicalização da transexualidade, iremos compreender no próximo tópico como esse processo se reflete no Brasil e na criação do processo transexualizador pelo SUS.

### **2.3 A medicalização da transexualidade no Brasil: O Processo Transexualizador do Sistema Único de Saúde (SUS)**

Como abordamos nos tópicos anteriores, a construção da nomenclatura e identidade “transexual” se delineia e adquire discursos mais fortes a partir da década de 1950. No Brasil, segundo Leite Júnior (2008), a palavra “transexual” se populariza nos anos de 1980 com a figura da modelo Roberta Close. O “boom” midiático sobre sua imagem repercute a temática, se assemelhando ao caso de Christine Jorgensen citado anteriormente. A espetacularização da mídia das vivências dessas mulheres despertou debates tanto no senso comum quanto nas ciências das suas sociedades.

Apesar da popularidade da palavra “transexual” acontecer na década de 1980, no campo da medicina já se debatia sobre a questão. Alguns trabalhos de Harry Benjamin são traduzidos no Brasil em 1966 e os de Stoller ganham tradução na década de 1970. Nessa década, em 1971, o médico cirurgião Roberto Farina realiza a primeira cirurgia de transgenitalização do Brasil em uma mulher transexual<sup>25</sup>. A cirurgia obteve uma certa repercussão, não tanto pelo procedimento cirúrgico em si, mas pela repercussão jurídica. O caso se deu quando a Waldirene Nogueira busca a retificação dos seus documentos na justiça de São Paulo tendo seu pedido negado e constatado que a mesma havia realizado uma cirurgia não legalizada no país. (VIEIRA, 1998; LEITE JÚNIOR, 2008).

Assim, o Conselho Federal de Medicina (CFM) abre um processo contra Farina o acusando de lesões corporais e descumprimento dos seus deveres médicos, tendo sua licença médica cassada e sendo condenado em primeira instância a dois anos de reclusão. A defesa de Farina entra com um pedido de recurso e em 1979 por votação majoritária na 5ª Câmara do Tribunal de Alçada Criminal de São Paulo, o médico é absolvido. Alegou-se juridicamente a favor do médico de que este agiu na tentativa de “curar” ou reduzir o sofrimento físico e psíquico da sua paciente. Além disso, foi argumentado haver ausência de dolo, ausência de fato típico<sup>26</sup>, assim como não houve perda de função do órgão, já que o mesmo era rejeitado pela paciente. (VIEIRA, 1998).

A partir desse caso, em 1995, o médico e deputado José de Castro Coimbra (PTB-SP) traz para votação no Congresso Nacional um projeto de lei que autorizaria a intervenção cirúrgica nos casos de transgenitalização e previa a autorização para retificação do nome nos registros civis. No mesmo ano, o parecer do deputado Régis de Oliveira (PSDB-SP) é favorável ao projeto de lei e reforça que a questão é da ordem médica e não jurídica<sup>27</sup>. (VIEIRA, 1998).

Após esse debate, em 1997 o Conselho Federal de Medicina emite a Resolução 1.482/97 que regula a realização das “cirurgias de transgenitalização”, considerando o caráter terapêutico dela, assegurando que homens e mulheres que vivenciam a transexualidade podem se submeter

---

<sup>25</sup> Lida pelos médicos da época como um homem transexual, no caso uma cirurgia de genitália masculina para feminina.

<sup>26</sup> Segundo Vieira (1998), “Para que o comportamento seja considerado criminoso, é preciso que ele seja um fato típico e antijurídico. O art. 23 do Código Penal brasileiro trata exatamente das cláusulas de exclusão de ilicitude, também chamadas de excludentes de antijuridicidade, descriminantes ou justificativas. Segundo o inciso III, do referido dispositivo penal, não há crime quando o agente pratica o ato em estrito cumprimento do dever legal ou no exercício regular do direito.” (VIEIRA, 1998:5).

<sup>27</sup> O Projeto de Lei o n. 70-B de 1995, recebeu várias emendas e alterações desde 2012 encontra-se para ser apreciada pelo Plenário. Como pode ser consultado no seguinte link: <[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=1587D407698BA3BF29BB9E5960546873.node1?codteor=1036327&filename=Avulso+-PL+70/1995](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=1587D407698BA3BF29BB9E5960546873.node1?codteor=1036327&filename=Avulso+-PL+70/1995)>, acesso em: 30 jan. 2018.

a essa intervenção, assim como outros procedimentos para modificação corporal do gênero desejado. A partir dessa resolução as cirurgias de modificação genital na população trans foi legalizada no território brasileiro<sup>28</sup>. Atualmente o Conselho se pauta para os casos de transgenitalização na Resolução 1955/2010. Apenas em 2008 é que o Ministério da Saúde postula como parte de responsabilidade do SUS o Processo Transexualizador. A seguir discutiremos sobre o cenário de atendimento entre 1997 e 2007, em seguida explanaremos sobre as portarias lançadas pelo Ministério da Saúde na regulação do Processo Transexualizador.

### *2.3.1 Regulamentação dos procedimentos de transgenitalização entre 1997-2007*

Com a presença da Resolução do Conselho Federal de Medicina, em 1997 há um aumento significativo da demanda, por parte de pessoas transexuais, por atendimento médico direcionado as suas especificidades. Assim, os serviços especializados resultam da própria demanda de usuárias/os que se encaminhavam aos grandes hospitais de referência buscando ajuda para seus sofrimentos.

Márcia Arán (2005) afirma que em dezembro de 1997 surge a primeira demanda ao Serviço de Psicologia Médica e Saúde Mental do Hospital Universitário da UFRJ, pelas cirurgias de transgenitalização pautando-se na recente resolução que autorizava essas intervenções. Naquela ocasião, a equipe não tinha ciência da resolução e a partir daquela demanda, surgiram outros casos semelhantes, tornando o centro “referência” na oferta do procedimento, demonstrando a importância da mobilização das/os próprias/os futuras/os usuárias/os no surgimento do serviço.

Na primeira resolução, ficava estabelecido alguns critérios para o atendimento, que serviram de parâmetros para as resoluções posteriores e o próprio Processo Transexualizador. A resolução 1.482/97 determinava que era dever médico realizar as cirurgias de transgenitalização considerando ser o/a paciente transexual “portador do desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ou autoextermínio” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997). O aspecto patologizante foi fundamental para o acesso aos mecanismos da saúde, pois a legitimação para que o atendimento seja realizado se dá por considerar os sujeitos enquanto “portadores de um desvio psicológico”.

Além disso, a identidade de gênero é tomada por si só como um transtorno psicológico, tal qual é posto no diagnóstico de transexualismo. Isso é acentuado pelo uso de três pontos

---

<sup>28</sup> Posteriormente foi revogada e atualizada para a resolução 1.652/2002, em 2010 foi revogada para a resolução 1955/2010.

presentes no diagnóstico como traçado por Benjamin e Stoller, que seriam a rejeição total ao fenótipo do gênero designado ao nascer que acarretaria, por sua vez, em uma automutilação e à um autoextermínio. Entretanto, a automutilação e as tentativas de suicídio, características presentes nos diagnósticos para identificação do “transexual verdadeiro”, não são questionados como processos decorrentes das violências (físicas, psíquicas, simbólicas) vividas pela população trans por não corresponderem com a matriz heterossexual. Não se questiona sobre os impactos que as violências de gênero geram nas vidas das pessoas que são vistas, pelo próprio diagnóstico, como não normais.

Além disso, as cirurgias do tipo neocolpovulvoplastia<sup>29</sup>, neofaloplastia<sup>30</sup> e os procedimentos secundários ficam autorizados a título experimental. Isso significa que não havia financiamento do SUS para os procedimentos, já que o SUS não subsidia cirurgias de caráter experimental. Outro ponto estabelecido é de que o diagnóstico de “transexualismo” fica subordinado aos seguintes critérios: a) paciente apresentar desconforto com o sexo anatômico “natural”; b) demonstrar possuir um desejo de eliminar os genitais, buscando a perda de características primárias e secundárias do “próprio” sexo e adquirir as do “sexo oposto”; c) permanecer nesse “distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; e d) não possuir qualquer “outro” transtorno mental.

A resolução 1.482/97 ainda estabelecia que a autorização para realização da cirurgia estaria condicionada ao acompanhamento, por no mínimo dois anos, de uma equipe multidisciplinar constituída por médico-psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social obedecendo ao diagnóstico de “transexualismo”, havendo ausência de características físicas que impeçam a cirurgia e o/a paciente sendo maior de 21 anos. Todos os pontos abordados influenciaram a construção de resoluções futuras e o próprio Processo Transexualizador. Alguns pontos permanecem inalterados como por exemplo: a idade mínima e o acompanhamento multidisciplinar por no mínimo dois anos. Por fim, a resolução 1.482/97 apenas autoriza as cirurgias em hospitais universitários ou públicos com a possibilidade de pesquisa, já que as cirurgias são vistas como experimentais.

Em 2002 a resolução é revista, mas alguns pontos permanecem inalterados. Aqui iremos pontuar apenas as modificações. A diferença de fato se dá através da dissociação entre os procedimentos de neocolpovulvoplastias e a neofaloplastia. No caso da primeira técnica (transformação da genitália socialmente compreendida como masculina em feminina), devido

---

<sup>29</sup> Cirurgia para a constituição de uma nova vagina.

<sup>30</sup> Cirurgia para a constituição de um novo pênis.

aos bons resultados em relação à estética e a funcionalidade, deixava de ser experimental, podendo ser custeada pelo SUS. Entretanto, é exposto que devido “as dificuldades técnicas” ainda presentes para uma satisfação estética e funcional as neofaloplastias permanecem sob caráter experimental.

Assim, os procedimentos de transformação de genitálias lidas como femininas para masculinas permanecem sendo autorizados apenas em hospitais universitários ou públicos com espaço para pesquisa, enquanto os procedimentos de transformação de genitálias lidas como masculinas para femininas passam a ser autorizados tanto em hospitais públicos quanto privados sem haver necessariamente o âmbito da pesquisa. Para isso o Corpo Clínico desses hospitais precisa estar devidamente credenciado ao Conselho Regional de Medicina, ser composto pelas especialidades já previstas na equipe multidisciplinar da primeira resolução, estar previsto no regimento interno do hospital, tendo uma chefia própria e, em caso de haver falta de profissionais os atendimentos devem ser suspensos.

No intervalo de tempo aqui delimitado, entre 1997 e 2007, essas foram as duas resoluções que regulamentaram o atendimento hospitalar para intervenção cirúrgica específica à população trans. Foi nesse período que Berenice Bento (2006) identifica os hospitais universitários que convertem-se em centros de referência para pessoas transexuais que buscam intervenções cirúrgicas, firmando-se as próprias técnicas cirúrgicas que garantiram que em 2002 a neocolpovulvoplastia deixa-se de ser considerada experimental.

No trabalho de Bento (2006) ela realizou entrevistas com usuárias/os do “Projeto Transexualismo” do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Na época estava vigente a resolução 1.652/2002. Nesse caso os/as pacientes estavam submetidos ao tempo mínimo de dois anos de acompanhamento psicológico e de consultas com a equipe multidisciplinar sob diretrizes patologizantes. No entanto, Bento evidencia que, em virtude da grande demanda, esse prazo acabava sendo, na prática, muito maior. Era ofertada a terapia hormonal para modificação das características secundária. Eram realizados alguns testes como “o teste de vida real” para averiguar se a/o candidata/o vivia “24 horas” sob a identidade de gênero “escolhida”. No hospital analisado, a equipe realizava diversos testes de personalidade para verificar se a/o candidata/o não sofria de nenhum “outro transtorno mental”. Além disso eram realizados diversos exames de rotina para checar a saúde física necessária para as cirurgias e para o uso dos hormônios. A equipe estudada nesse trabalho tinha um viés bastante patologizante das identidades transgêneras e isso fica marcante nas falas e na análise de Bento (2006). Esse ponto será retomado no próximo capítulo. No próximo tópico iremos analisar as

mudanças com a regulamentação do Processo Transexualizador pelo SUS via Ministério da Saúde.

### 2.3.2 *O Processo Transexualizador do SUS*

Em 2003, o Ministério da Saúde é pressionado pelos movimentos sociais a se posicionar com relação à população LGBT, com o intuito de incluir as demandas do segmento ao SUS partindo de que seus princípios fundamentais são a universalidade, a integralidade e a equidade de sua atenção, assistência e terapêutica. Além disso, o movimento LGBT reivindicava que o Ministério consolidasse uma Política Nacional de Saúde para a População LGBT. (ARÁN et al, 2009(b)).

Como dito no tópico anterior, a demanda de pessoas trans nos hospitais universitários em busca de intervenções para as suas transições de gênero fez com que alguns hospitais construíssem programas internos de tratamento e acompanhamento de pessoas transexuais. No entanto, não havia uma política nacional de atendimento integrado pelo SUS à população trans. Além disso, as/os transexuais questionaram a necessidade da realização da cirurgia para a retificação do nome nos registros, exigência demandada pelos juízes. Assim, segundo Arán et al. (2009), em 2005 a população trans procura se articular politicamente como um grupo identitário político, acontecendo nesse ano o I Encontro Nacional de Transexuais, em Brasília. A partir desse encontro, forma-se o Coletivo Nacional de Transexuais.

Mas em 2004, o Governo Federal lança o programa “*Brasil sem homofobia – programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual*”, demonstrando uma posição de compromisso do Estado com a realização de políticas públicas para a população LGBT. É com a abertura política estatal para essas questões que diversos encontros, congressos, assembleias serão realizadas para se pensar políticas e programas de atenção à essa população, além de se criar um comitê específico para se pensar a saúde LGBT.

Através dessas articulações, em 2006, o Ministério da Saúde cria o Comitê Técnico de Saúde da População GLTB e inicia um processo de reuniões para a construção de um Processo Transexualizador do SUS. Para isso reúne representantes do Ministério da Saúde, do Coletivo Nacional de Transexuais, profissionais da rede pública de saúde que atuam com transexuais e acadêmicos/as versados/as no tema. (ARÁN et al, 2009(b)).

Diversos aspectos foram discutidos e em muitos pontos houveram intensos debates e dificuldades para se buscar um consenso. Assim em 2008 é lançada a primeira portaria do

Ministério da Saúde institucionalizando o Processo Transexualizador, a portaria GM nº. 1.707, de 18 de agosto de 2008. (LIONÇO, 2009).

O Processo Transexualizador compreende um conjunto de estratégias de atenção à saúde implicadas no processo de transformação dos caracteres sexuais pelos quais passam indivíduos transexuais em determinado momento de suas vidas. Não se trata, portanto, do estabelecimento de diretrizes para a atenção integral no sentido estrito, mas daquelas ações necessárias à garantia do direito à saúde circunscritas à passagem para a vivência social no gênero em desacordo com o sexo de nascimento. (LIONÇO, 2009:44).

Partindo dessa premissa a portaria é elaborada seguindo o compromisso do Ministério da Saúde em reconhecer que o respeito à orientação sexual e à identidade de gênero é de responsabilidade da saúde, já que esses aspectos influem na construção dos sujeitos e sua garantia e atenção reforçam o bem-estar físico e psíquico. A portaria também explicita o compromisso com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde de 2006, que prevê atendimento humanizado e livre de discriminações por orientação sexual e identidade de gênero às/aos usuárias/os do SUS. Também toma como base a resolução do Conselho Federal de Medicina 1.652/2002.

Essa primeira portaria reconhece as diretrizes da resolução e regulamenta que o SUS seja responsável pela realização de um processo transexualizador, que além de garantir a realização das cirurgias de transgenitalização de forma gratuita, elabora uma documentação que também garante uma atenção à saúde integral das/os usuárias/os do processo transexualizador. A portaria garante que os hospitais devem promover atendimento não discriminatório, havendo a proposta de se realizar sensibilizações dos trabalhadores e demais usuárias/as visando o respeito às diferenças e à dignidade humana, além de incentivar a execução de projetos que visem a eficiência, custo e qualidade do processo, mantendo seus profissionais capacitados e empenhados em uma assistência de qualidade. Entretanto, a portaria de 2008 é limitada por não regularizar a atuação dos hospitais de forma detalhada, não descentralizar o atendimento da questão das cirurgias de transgenitalização, não abranger o atendimento para identidades de gênero trans que não correspondem ao “transexual verdadeiro”, entre outros pontos importantes para a militância trans.

Daniela Murta Amaral (2011) aponta que essa política não soluciona todas as questões acerca dos problemas de enfrentamento a discriminações de identidade de gênero e sexualidade, como por exemplo, não se retira certos estigmas associados à experiência trans ao utilizar o diagnóstico de transexualismo como condição para o acesso ao Processo Transexualizador.

Outro ponto criticado pela autora é de que, mesmo a cirurgia de transgenitalização não sendo concebida como meta terapêutica dessa política de saúde, toda a assistência está organizada em torno da mesma, o que leva o acompanhamento a ser organizado a partir dela. (AMARAL, 2011)

Além disso, Amaral (2011) e Lionço (2009) apontam que essa portaria não abarca as especialidades dos homens trans e das travestis, por acabar circunscrevendo o procedimento às demandas que reforçam o diagnóstico de “transexual verdadeiro” do Benjamin e Stoller, aquela pessoa que deseja realizar todos os procedimentos cirúrgicos para adotar o gênero escolhido. Com a limitação das técnicas e da própria visão terapêutica, apenas as mulheres trans (na leitura atual, pessoas que ao nascer são biologicamente designadas pela genitália masculina que se identificam posteriormente com o gênero feminino) “verdadeiras”, no caso, as que desejam realizar todas as cirurgias, estariam de fato sendo contempladas pelo Processo. Com isso travestis e mulheres trans que não desejam todos os procedimentos não estariam sendo contempladas pela normativa. No caso dos homens trans, o problema reside na dificuldade técnica, já que as cirurgias de transgenitalização de genitália feminina para masculina, como por exemplo a neofaloplastia e a metoidioplastia<sup>31</sup>, permanecem sob caráter experimental e por tanto não são contempladas com o financiamento do SUS.

Em 2010, o Conselho Federal de Medicina lança uma nova resolução (1955/2010). Nesta resolução só há duas pequenas mudanças; as cirurgias de transgenitalização de genitália feminina para masculina, apesar de continuarem como experimentais, não estão mais sob o artigo de apenas poderem ser realizadas em hospitais universitários ou públicos em caráter de pesquisa; outro ponto acrescentado é que no artigo para definição do transexualismo, em um dos pontos necessários para obter o laudo foi acrescentado após a frase “Ausência de outros transtornos”, a frase “Onde se lê “Ausência de outros transtornos mentais”, leia-se “Ausência de transtornos mentais””. No geral, a transexualidade é mantida como patologizada e as cirurgias de transgenitalização FtM<sup>32</sup> continuam sendo entendidas como experimentais.

Desde o lançamento da portaria do Processo Transexualizador do SUS em 2008, o debate e a demanda no atendimento só aumentaram, ocorreram diversos seminários e encontros, com representantes do Ministério da Saúde, movimento social LGBT, movimento trans, ativistas e pesquisadores da área. Com isso, o Processo foi revisto e é lançado em 2013 uma nova portaria

---

<sup>31</sup> Informalmente chamada de “meto”, é uma cirurgia onde se “solta” o clitóris, crescido devido ao tratamento hormonal com testosterona atingindo em média 4-5 cm, e o move para uma posição mais à frente lembrando a posição do pênis.

<sup>32</sup> *Female to Male* (Feminino para Masculino).

(2.803, de 19 de novembro de 2013) que apesar de também ter problemas, que iremos aprofundar nos próximos capítulos, traz uma maior abrangência e inclui pontos importantes (a exemplo de sua normatização para os hospitais integrados ao Processo Transexualizador), além de trazer maiores garantias às/aos usuárias/os.

A Portaria já demonstra um grande avanço ao considerar outras portarias e resoluções que ampliam a cidadania da população trans, como a implantação e respeito do nome social<sup>33</sup> nos prontuários e em todos os âmbitos do SUS onde o/a usuário/a transitar. Outro ponto importante é que logo nas suas primeiras linhas demonstra sua preocupação com a sociedade civil, respeitando decisões movidas via Ministério Público para inclusão e ampliação das travestis e homens trans em um atendimento integral, garantindo a necessidade de viabilizar toda a terapêutica necessária. Segundo o Art. 2º ficam expressas três diretrizes básicas para assistência à/ao usuária/o do Processo Transexualizador, essas seriam:

I - Integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas; II - Trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional; III - Integração com as ações e 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. (BRASIL, 2013:2)

Dessa forma, é percebido que a portaria contempla de antemão que o Processo Transexualizador não deve se restringir às cirurgias de transgenitalização, retirando o aspecto postulado pelos médicos originadores do “fenômeno transexual” que compreendiam a cirurgia como “cura” do “transexualismo”. Nesse aspecto, a portaria já aponta um viés despatologizante, apesar de se sustentar através do diagnóstico de “transexualismo”, garantindo a necessidade de atenção do SUS pelo código F64.0 do CID10. Ainda assim, pela cronologia patologizante da transexualidade, perceber o atendimento como um acolhimento humanizado, integral, conjunto com a Atenção Básica de saúde, demonstra que, ao menos em teoria, o SUS já contemplaria uma visão menos fechada e patologizante das vivências transexuais.

A portaria estabelece que a linha de cuidado é estruturada em duas vias: a atenção básica e a atenção especializada. A primeira consiste na Rede de Atenção à Saúde que gere o cuidado básico sendo responsável pela realização da atenção contínua da população; a segunda consiste no conjunto de diferentes densidades tecnológicas para a realização de serviços de urgência,

---

<sup>33</sup> Nome social é o nome por meio do qual pessoas transexuais e travestis preferem ser chamadas em contraposição ao nome civil que consta nos seus registros quando estes não foram retificados.

ambulatorial especializado e hospitalar, complementando os serviços da atenção básica. No próximo capítulo aprofundaremos as dificuldades apresentadas sobre a integralidade desses serviços através da experiência de campo. (BRASIL, 2013)

Para garantir que as demandas do Processo Transexualizador sejam viabilizadas visando uma saúde integral e que atenda todas/os as/os usuárias/os há uma divisão técnica entre Modalidade Ambulatorial e Modalidade Hospitalar. A primeira consiste em todas as demandas de âmbito ambulatorial, que seriam: acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, garantindo que haja estrutura física, técnica e humana para a realização desse serviço. A segunda modalidade consiste em todos os aspectos de nível hospitalar, que seriam: realização de cirurgias, acompanhamento pré e pós-operatório, sendo necessária condições técnicas, instalações físicas e profissionais adequados. (BRASIL, 2013).

Outro ponto importante é que a partir dessa portaria ficam estabelecidos critérios avaliativos para que um hospital adquira o status de Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador. Como mencionado anteriormente, os hospitais universitários no início dos anos 2000 adquiriam o título de referência através de uma prática que se tornava contínua devido à demanda. Atualmente para ser visto como hospital referência do Processo Transexualizador e receber financiamento é necessário submeter um documento para aprovação e um formulário para que haja uma vistoria, para a partir disso habilitar o hospital tanto para modalidade ambulatorial quanto para a hospitalar. Atualmente no portal da saúde constam 5 (cinco) hospitais habilitados para modalidade ambulatorial e hospitalar, sendo a atualização dos dados referentes ao ano de 2016, que seriam:

**Tabela 1 - Hospitais Habilitados pelo SUS para ambas as modalidades do Processo Transexualizador**

UF	MUNICÍPIO	HOSPITAL
PE	RECIFE	Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco/Recife/PE
GO	GOIANIA	Hospital das Clínicas – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás
SP	SÃO PAULO	Fundação Faculdade de Medicina HCFMUSP – Inst. de Psiquiatria Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS
RS	PORTO ALEGRE	Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
RJ	RIO DE JANEIRO	Universidade Estadual do Rio de Janeiro – HUPE Hospital Universitário Pedro Ernesto

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Portal Saúde, Disponível em:<<http://u.saude.gov.br/index.php/omisterio/principal/secretarias/1174-sgep-raiz/lgbt/21885-processo-transexualizador>>, acesso em: 8 dez. 2017.

Quatro outros serviços estão habilitados pelo Ministério da Saúde na modalidade ambulatorial, que seriam: Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia – IEDE (Rio de Janeiro – RJ), Ambulatório do Hospital das Clínicas de Uberlândia (Uberlândia – MG), Centro de Referência e Treinamento (CRT) DST/AIDS (São Paulo – SP) e o Centro de Pesquisa e Atendimento para Travesti e Transexuais (CPATT) do Centro Regional de Especialidade Metropolitano (Curitiba – PR).

Há mais quatro serviços que foram regulamentados para a modalidade ambulatorial a partir da iniciativa estadual, que seriam: Ambulatório AMTIGOS do Hospital das Clínicas de São Paulo (São Paulo – SP), Ambulatório para travestis e transexuais do Hospital Clementino Fraga (João Pessoa – PB), Ambulatório Transexualizador da Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecto-Parasitárias e Especiais – UREDIPE (Belém – PA) e o Ambulatório de Saúde Integral Trans do Hospital Universitário da Federal de Sergipe Campus Lagarto (Lagarto – SE). (MACIEL, 2017). Acreditamos que mais serviços ambulatoriais devam estar em processo de regulamentação e devam aparecer nos registros do Ministério da Saúde no próximo ano. Além disso, a portaria lista os profissionais exigidos para cada modalidade e atendimento, além de estipular quais procedimentos estão inclusos e qual o valor pago pelo SUS por cada um deles, as tabelas com essas informações detalhadas se encontram no anexo da portaria Nº 2.803/2013.

É estabelecido que a hormonioterapia poderá ser iniciada a partir dos 18 anos. Já para os procedimentos cirúrgicos mantém-se a idade mínima de 21 anos e um acompanhamento prévio de 2 anos pela equipe multidisciplinar. Sob a resolução do CFM 1955/2010, as cirurgias de vaginectomia<sup>34</sup> e neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, clitoroplastia<sup>35</sup> e cirurgias de cordas vocais em pacientes que buscam uma “adequação” para o gênero masculino, permanecem sob caráter experimental, sendo acrescentado que tais procedimentos só poderão ser realizados em hospitais de ensino habilitados para o Processo Transexualizador, havendo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente. Nesse caso, apesar de as cirurgias FtM permanecerem em uma perspectiva experimental, há na portaria de 2013, diferentemente da de 2008, uma regulamentação mais detalhada, dando visibilidade para as demandas dos homens trans.

Por fim, a portaria garante o financiamento dos procedimentos pelo Ministério da Saúde e regulamenta que o Processo Transexualizador só pode ser realizado em qualquer instituição

---

<sup>34</sup> Procedimento cirúrgico para remoção total ou parcial da vagina.

<sup>35</sup> Procedimento cirúrgico que tem como objetivo expor mais o clitóris, retirando a pele em excesso que o cobre.

através de uma normativa, um processo avaliativo com parâmetros pré-estabelecidos e impostos a todos. Assegurando um atendimento padrão mínimo para as/os usuárias/os do Processo em todo o país. Entretanto, como veremos no próximo capítulo, a partir da experiência de campo no Hospital das Clínicas da UFPE, há muitas dificuldades estruturais na aplicação de certos pontos da portaria, assim como aspectos limitados que precisam ser repensados, dificuldades em haver uma integração entre os hospitais, ambulatórios e a assistência básica, além de que cada centro de referência postula perspectivas diferentes que se reflete na forma como os/as usuários/as ressignificam o processo transexualizador nas suas vivências.

### 3 DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR DO SUS AO ESPAÇO DE CUIDADO E ACOLHIMENTO TRANS (HC-UFPE)

Essa dissertação tomou como objetivo geral analisar a construção da transexualidade a partir dos sujeitos que vivenciam o Processo Transexualizador. No capítulo anterior, pudemos perceber como a nomenclatura transexual se constrói a partir da medicalização das vivências do gênero e da sexualidade no início do século XX. A partir disso observou-se um processo de busca pelo tratamento dessas pessoas nomeadas enquanto transexuais. Essa nomeação tem visado o enquadramento das vivências desses indivíduos na lógica de inteligibilidade que toma a heterossexualidade e a cisgeneridade como naturais e “normais”, sem haver um questionamento sobre a própria construção do gênero na sociedade.

No final do século XX, grupos de pessoas transexuais e transgêneras percebem a necessidade de se opor à patologização da transexualidade e a partir disso tem se gerado um intenso debate, por um lado, sobre a necessidade de manutenção do diagnóstico para a obtenção dos tratamentos e intervenções cirúrgicas, e por outro lado, sobre se o diagnóstico, ao limitar as vivências de gênero da população trans a um transtorno mental, estigmatizaria as identidades trans, tomando as intervenções corporais como “alinhamento” e “cura”. A necessidade de um laudo para outorgar as decisões tomadas por essa população perante o seu corpo e a sua vivência intensifica a noção de incapacidade que o diagnóstico de transtorno mental propicia. Seguindo esse pensamento surge nos Estados Unidos a campanha internacional *Stop Trans Pathologization 2012* que traz como sua principal pauta de reivindicação a retirada das vivências trans dos manuais de diagnóstico de doenças mentais. (JESÚS, 2013).

O movimento tem como principal foco, para essa retirada, os manuais já mencionados nesse trabalho: a CID e o DSM. A primeira ainda está passando por um processo de revisão para o futuro lançamento de sua décima primeira edição (CID 11). Por essa razão, os/as militantes a favor da despatologização têm pressionado a OMS para que haja a retirada do termo “Transexualismo” do conjunto de diagnósticos da CID. Contudo, parte significativa da população trans é contrária a essa retirada por receio de se perder as garantias médicas alcançadas até o momento. Já outra parte não se encontra inserida no debate, pois as discussões acontecem em um círculo mais acadêmico o que acaba por se distanciar da população que não se encontra inserida na política ou na academia. O DSM V, antes de ser lançado, sofreu forte pressão da *Stop Trans Pathologization 2012*, de pesquisadores/as acadêmicos/as e de alguns profissionais da saúde, resultando na retirada da nomenclatura “Transtorno de Identidade de

Gênero”. Porém, como citado no capítulo anterior, continua presente no manual o diagnóstico de “Disforia de Gênero”. Para os/as militantes favoráveis à despatologização, essa seria apenas uma mudança de nomenclatura, pois continuaria a manter as vivências e experiências trans circunscritas a um diagnóstico.

É por meio desse complexo debate entre patologização e despatologização que é lançada, no ano de 2013, a portaria mais recente do Processo Transexualizador no Brasil. Não se pode negar que a portaria, por mais que esteja pautada em um diagnóstico para legitimação dos procedimentos via SUS, está influenciada pelo viés da despatologização, uma vez que garante a ampliação da rede de atenção à saúde e a linha de cuidado de transexuais e travestis sem que haja restrição a identidade “transexual”, no caso pessoas que se percebem como travesti, trans não-binárias, podem buscar o programa, inclusive há muitas vezes a inserção de pessoas intersexo. Com isso é respeitado para o acesso às cirurgias a sua autoidentificação como parte da população trans, e não uma postulação médica para decidir se é ou não transexual. Também não se limita o atendimento para apenas aqueles/as que desejam a cirurgia de transgenitalização, sendo uma portaria que visa um atendimento de saúde integral para a população trans.

Retomaremos esse debate, pois, o campo escolhido para a realização dessa pesquisa se intitula como despatologizante, discursivamente se apresentando como um espaço que fornece um tratamento sem perceber a transexualidade como uma patologia. Para isso garante um acompanhamento individualizado e sem obrigatoriedade de um tratamento psicológico e psiquiátrico, diferentemente dos cuidados apresentados à população no século passado. Esse local é o Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. O Espaço foi habilitado pelo SUS, em 2014, para realização do Processo Transexualizador em suas duas modalidades: ambulatorial e hospitalar. Como um espaço dentro do universo hospitalar/médico, habilitado a partir de uma portaria que toma o código F64.0 da CID para legitimar sua presença, pode ser algo paradoxal compreender o serviço como um espaço despatológico, com isso necessariamente há tensionamentos, entre a equipe do Espaço com outros médicos do hospital, entre usuários/as e profissionais, que serão trabalhados no decorrer deste capítulo. Mas antes de adentrarmos na discussão sobre tais tensionamentos, iremos descrever a metodologia utilizada para a realização dessa pesquisa.

### **3.1 Metodologia**

A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, sem pretensão de promover generalizações sobre o Processo Transexualizador, mas obtendo um recorte a partir da compreensão daqueles

que vivenciam o processo e são diretamente afetados/as por ele. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de campo no Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans, localizado no 2º andar do Hospital das Clínicas da UFPE. O trabalho de campo deu-se por meio de visitas semanais em dias intercalados entre os meses de abril e setembro<sup>36</sup> de 2017. A escolha do campo se deu por ser o único hospital do Norte/Nordeste do Brasil habilitado a realizar o Processo Transexualizador na modalidade hospitalar, além de possibilitar a aproximação com pessoas que estivessem vivenciando o Processo. Durante o trabalho de campo no espaço foram realizadas duas atividades principais: 1) a observação na sala do Espaço, que é tanto a sala de espera para atendimento quanto o local onde a equipe técnica realiza suas atividades cotidianas; e 2) observação participante nos grupos “terapêuticos”, que serão explicados de forma detalhada no decorrer desse texto.

Além disso, foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas (o modelo do roteiro pode ser encontrado no anexo) com usuárias/os do Espaço. A escolha dessas pessoas se deu pela frequência com que estavam no Espaço, medida principalmente a partir da participação delas nos grupos. Essa frequência possibilitou uma maior aproximação com os/as futuros/as entrevistados/as, tornando-me “um rosto familiar” para elas/es, fundamental para a construção de uma relação de confiança para que pudessem conversar de forma mais espontânea. O perfil dos/as entrevistados/as pode ser visto na tabela a seguir:

---

<sup>36</sup> Como a pesquisa iria ocorrer dentro do Hospital das Clínicas, foi necessária a submissão no Comitê de Ética em Pesquisa. A pesquisa foi autorizada através de um parecer substanciado CAAE de número: 63092116.7.0000.5208.

**Tabela 2 - Perfil das/os entrevistadas/os da pesquisa**

Nome <sup>37</sup>	Orientação Sexual <sup>38</sup>	Cor/Raça <sup>39</sup>	Idade	Escolaridade	Ocupação	Situação Familiar	Participação política
Marina	Heterossexual	Parda	20	Superior incompleto (Cursando)	Estudante	Mora com a mãe e o irmão	Coletivos, ONG e Partido Político
Diana	Lésbica	Parda	40	Superior Completo	Servidora Pública	Mora com a esposa e outros familiares	ONG
Júlio	Assexuado	Pardo	31	Superior Incompleto (Trancado)	Operador de Telemarketing	Mora com os pais e o irmão	Nenhuma
Rodrigo	Heterossexual	Preto	35	Superior Incompleto (Cursando)	Estudante	Mora com a mãe, mas também tem um apartamento próprio	Transativista, Coletivos, Associações, Institutos, Assembléias
Pedro	Heterossexual	Negro	23	Superior Incompleto (Cursando)	Operador de Telemarketing	Mora com a esposa	Nenhuma
Luiza	Heterossexual	Branca	24	Superior Incompleto (Cursando)	Estudante	Mora com os pais e a irmã	Nenhuma

As entrevistas foram realizadas no final de julho e no decorrer do mês de agosto e tiveram uma duração média de 1h 25m, sendo que a entrevista mais curta teve 40 minutos e a mais longa 2h e 25 minutos. Após a coleta dos dados (entrevistas e caderno de campo), as entrevistas foram posteriormente analisadas pela técnica de análise de conteúdo visando apreender os significados dados pelas/os usuárias/os a experiência do Processo Transexualizador do HC-UFPE.

O conteúdo foi observado por meio de uma perspectiva sociológica compreendendo alguns conceitos a partir da ótica de alguns referenciais teóricos, sendo assim: o conceito de gênero, a partir da perspectiva *queer* da filósofa Judith Butler; a nomeação da transexualidade como ato performativo, através da filosofia da linguagem de John Austin e sua leitura voltada para gênero realizada por Butler; a medicalização do gênero e da sexualidade, tal como apreendida por Michel Foucault; a construção de grupos identitários, pensando a transexualidade como uma identidade a partir das reflexões de Stuart Hall e Berenice Bento. Foram identificadas três

<sup>37</sup> Nomes fictícios para proteger a identidade das/os entrevistadas/os, garantindo o direito de anonimato.

<sup>38</sup> Categorias auto atribuídas.

<sup>39</sup> Categorias auto atribuídas.

temáticas principais nas falas das/os entrevistadas/os: a) a construção da identidade de gênero; b) a medicalização das vivências cotidianas; e c) a auto percepção enquanto usuário/a do Espaço Trans. Iniciaremos a análise a partir da terceira temática, uma vez que ela proporciona um intercâmbio entre a própria descrição do campo e das percepções dos/as usuários/as e da pesquisadora sobre o mesmo.

### **3.2 O Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans**

O Hospital das Clínicas da UFPE aparece na literatura do início dos anos 2000 (consultar os trabalhos de Bento, 2006 e Amaral, 2011) como um dos hospitais de “referência” no trabalho experimental com cirurgias de transgenitalização MtF<sup>40</sup>. Entretanto, nessa época as cirurgias eram uma extensão do trabalho de um médico específico, o ginecologista Dr. Sabino, que realizava de forma não sistemática cirurgias de neocolpovulvoplastia pelo Serviço e Disciplina de Ginecologia. O mesmo tinha uma visão patologizante e bastante distinta das práticas atuais estabelecidas pelo Processo Transexualizador. Após a sua aposentadoria, por volta de 2010, o hospital deixa de disponibilizar totalmente as cirurgias de transgenitalização.

Em 11 de dezembro de 2013, o Hospital das Clínicas da UFPE passa a ser gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). A Ebserh foi criada em 15 de dezembro de 2010, através de um projeto de lei do Governo Federal<sup>41</sup>, em um modelo de gestão privada que tem o intuito de realizar a gestão dos hospitais universitários federais brasileiros buscando uma “modernização” das unidades. No período em que foi estabelecido esse contrato pela UFPE houve vários protestos, inclusive havendo ocupação da reitoria. Até hoje a atuação da Ebserh gera bastante discussão já que essa seria uma forma de diminuir a autonomia do ensino ofertado pelas universidades e de reproduzir um discurso de modernização que acarreta em terceirização de funcionários de alguns setores dos hospitais por ela geridos. Nesse trabalho, não iremos adentrar sob os possíveis impactos positivos ou negativos que a Ebserh tenha realizado no Hospital das Clínicas – UFPE, nem se sua gestão afeta serviços o Processo Transexualizador.

No dia 14 de outubro de 2014 é publicado no Diário Oficial da União o credenciamento que oficialmente habilitava o Hospital das Clínicas para realizar o Processo Transexualizador na modalidade ambulatorial e hospitalar, seguindo a normativa estabelecida na portaria N° 2.803/2013. A partir de então, o HC passa a receber financiamento do SUS, garantindo um

---

<sup>40</sup> Male to Female

<sup>41</sup> Lei 12.550/2011, que se legitima pelo Decreto n°7.082.

atendimento regularizado por meio de uma equipe multidisciplinar. Esta tem trabalhado a partir de uma perspectiva despatologizante, bem diferente dos atendimentos realizados de forma experimental do início dos anos 2000.

O espaço dedicado ao cuidado e atendimento dos/as usuários/as do Processo Transexualizador foi nomeado Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans, mais conhecido como Espaço Trans. Para o Espaço foi designada, pelo hospital, uma sala no 2º andar do Hospital das Clínicas, na área de psiquiatria e psicologia e próxima ao corredor de ginecologia. Foi estabelecida uma equipe multidisciplinar (composta por endocrinologista, mastologista, ginecologista, urologista, psicóloga, assistente social, psiquiatra e cirurgião plástico) como determinado pela portaria. Deve-se ressaltar que os profissionais não são exclusivos do Espaço Trans, realizam atendimentos no hospital como um todo e possuem horários alocados para o atendimento ao Espaço Trans. A partir das/os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, o espaço disponibiliza quatro profissionais (duas psicólogas e duas assistentes sociais) como referências do cotidiano, lidando com os/as usuários/as diariamente e com as demandas que são direcionadas para o Espaço. O igual número de profissionais das duas áreas resulta da necessidade de diminuir as hierarquias e indiferenciações entre as duas profissões, sendo as quatro chamadas por “TR” (Técnicas de Referência). A nomenclatura relaciona-se ao momento do acolhimento do/a usuário/a no serviço, onde ele/a é direcionado/a para um atendimento mais pessoal com uma das TRs e é recomendado que participe dos grupos de outra técnica para que haja uma maior interação<sup>42</sup>.

Os grupos, nos quais realizei observação participante em algumas sessões, são coordenados por cada uma das “TRs”. Devido ao grande número de usuárias/os, cada TR é responsável por mais de um grupo. Para esta pesquisa, foram observados um grupo coordenado por uma psicóloga e três grupos coordenados por profissionais do serviço social; nos primeiros dias de campo fui convidada para participar dos mesmos. Nesse momento percebi que haviam mais quatro; contudo, optei por ficar nos quatro que já estava me inserindo devido à grande demanda de informações e pelo envolvimento que já estava estabelecendo com os/as participantes dos respectivos grupos. Apesar de tomar essa decisão para que houvesse um desenvolvimento mais intenso com os grupos que já estava frequentando, por não ter participado de mais grupos da psicologia não poderei inferir nesse trabalho se há diferenças marcantes entre as abordagens da psicologia e do serviço social. Também não poderá ser inferido como cada uma das abordagens

---

<sup>42</sup> A decisão de omitir os nomes das profissionais foi tomada pelo motivo de que facilmente elas seriam identificadas e a exposição de seus nomes não acrescentaria nenhuma informação para o trabalho.

viria a afetar diferentemente os/as usuários/as que as integrassem. Além disso, por ter frequentado mais atividades realizadas pelo serviço social, minhas impressões podem estar mais direcionadas a uma perspectiva desses grupos o que poderia não corresponder completamente aos outros que não acompanhei.

Os grupos surgem como uma alternativa terapêutica à tradicional consulta psicológica, oferecendo uma roda de diálogo que se configura, na prática, como um espaço para troca de experiências, formação de vínculos e sociabilidade. Como o Espaço tem uma perspectiva despatologizante, diferente de outros centros de referência do Processo Transexualizador, não são realizados testes psicológicos tradicionais para avaliar a sanidade e a cognição dos/as usuários/as para a possível admissão no processo, como ocorre em outros centros. Segundo a coordenadora do Espaço, elas preferem tratar o acompanhamento psicológico como uma proposta ofertada aos/às usuários/as, mesmo sendo estabelecido a obrigatoriedade de um número mínimo de consultas para obtenção de laudos, como por exemplo os solicitados para o pedido judicial de retificação de documentação. Para a equipe multidisciplinar do Espaço não se pode pôr a psicologia como um aspecto impositivo, uma vez que elas acreditam que pelo acolhimento as pessoas percebem a importância de estarem acompanhadas e não tratam como um mero trâmite burocrático para alcançar o único objetivo das cirurgias.

No Espaço Trans a admissão de novas/os usuárias/os se dá da seguinte forma: a pessoa é encaminhada pela sua unidade de saúde básica; caso seja residente de outro município/estado, ela é encaminhada pelo atendimento da sua região. Há também a possibilidade em que a/o usuária/o entre em contato diretamente com o Espaço. Devido à grande demanda, é colocada em uma lista de espera e posteriormente, havendo ainda o interesse em ingressar no serviço, a pessoa é chamada pelo Espaço para o “acolhimento”.

No acolhimento é realizada uma entrevista inicial com uma das TRs. Comumente, esta será a técnica de referência daquele/a usuário/a dentro do Espaço; qualquer problema, necessidade, demanda, é direcionada a ela, embora isso não impeça que a/o usuária/o busque ajuda das demais TRs; trata-se, apenas, de uma divisão do trabalho interno. A partir da demanda da/o usuária/o, a/o mesma/o será encaminhada/o para o atendimento desejado dentro das especialidades: endocrinologia, mastologia, ginecologia, urologia, cirurgia plástica, fonoaudiologia, psicologia e psiquiatria. Não há uma determinação, de antemão, da equipe sobre qual especialidade a/o usuária/o deva ser encaminhada/o; é a partir da escuta das demandas solicitadas que há o direcionamento. Além disso, essas demandas podem ser pedidas no decorrer do tempo que a/o usuária/a passa no Espaço. Geralmente, a psiquiatria só é acionada

após atendimento com uma das psicólogas. Assim, após a efetivação do/a usuário/a, ele/a abre um prontuário no hospital, sendo respeitado o direito de uso do nome social, passando a ser acompanhado/a pelo prazo mínimo de dois anos para o encaminhamento cirúrgico. Posteriormente, a/o usuária/o é encaminhada/o para um dos grupos, sendo geralmente de uma técnica que não a sua técnica de referência. No trabalho de campo, percebi que com frequência quem foi admitido pela psicologia, acaba ingressando nos grupos de serviço social e vice-versa.

Assim, os grupos são compostos por usuários e usuárias e cada TR é livre para compor a dinâmica que melhor desejar, mas no geral são discutidas temáticas diversas ocorrendo encontros quinzenais em dia e horário fixo. Os grupos que frequentei aconteciam nas terças-feiras à tarde, quintas-feiras pela manhã, quintas-feiras à tarde e sextas-feiras pela manhã. Nas sessões que participei foram discutidos temas como: identidade de gênero, sexualidade, racismo, religião, política, movimento social, suicídio, relacionamentos amorosos, transexualidade, cirurgia, mercado de trabalho, assédio moral e sexual, depressão, etc.

Geralmente a TR ou propõe o tema previamente ou traz um tema escolhido pelos/as usuários/as. Também aconteceram grupos com dinâmicas diferentes como atividades para formular uma proposta dividindo o grupo em equipes, debate sobre uma música ou um vídeo. Tanto nos grupos coordenados por TRs da área de psicologia quanto de serviço social, havia a presença de estagiários/as ou residentes que estavam aprendendo com o Espaço. Eles/as também eram ouvidos/as e traziam propostas para os debates. Apesar de as pessoas entrevistadas serem assíduas aos encontros dos grupos, isso não se expressava no comportamento da maioria dos/as usuários/as.

O Espaço Trans foi idealizado para acompanhar 130 usuárias/os. Atualmente existem 280 usuárias/os<sup>43</sup> (mulheres trans, homens trans, travestis, não binárias, intersexuais, etc) sendo atendidos pelo Espaço, mais que o dobro da capacidade estabelecida pelo planejamento inicial. Dessa forma, há uma longa lista de espera para ingresso de novos/as usuários/as. A equipe está discutindo atualmente (segundo semestre de 2017) a diminuição na chamada de novos/as usuários/as, o que já esteve ocorrendo ao longo do ano de 2017, sendo chamadas apenas uma nova pessoa por mês, e até mesmo a suspensão de novas admissões. No grupo com maior assiduidade de usuárias/os, em um encontro que estive, observei a participação de 13 usuários/as, mas no geral a participação nos encontros varia entre 5 e 8 usuários/as. Assim, as TRs enfrentam o desafio de tornar os grupos atrativos, já que a presença não é obrigatória. Como será visto nos relatos das/os usuárias/os assíduas/os as temáticas discutidas são bastante

---

<sup>43</sup> Informação dada pelo Espaço Trans no dia 18/10/2017.

diversas retirando o aspecto puramente cirúrgico do Espaço. Além disso, os grupos proporcionam a construção de vínculos e troca de experiências, sendo esse aspecto o mais importante da dinâmica para as/os usuárias/os. Possíveis fatores para não adesão vão da sua não obrigatoriedade, até limitações na locomoção, na disponibilidade, dos horários, entre outros. Como pode ser visto no perfil dos/as entrevistados/as, os/as usuários/as mais assíduos/as acabam sendo estudantes e pessoas com trabalhos com horários flexíveis. Acredito que isso se dá devido ao fato de que os encontros acontecem em dias de semana em horários diurnos (matutino/vespertino).

Diferentemente de outros centros de referência do processo transexualizador, a coordenadora do Espaço Trans é uma psicóloga e não uma pessoa das especialidades biomédicas. (AMARAL, 2011). As quatro mulheres que compõem o grupo das Técnicas de Referência são presença marcante e sempre referenciadas pelos/as usuários/as. É nítido o quanto elas compõem o cotidiano do Espaço, conjuntamente com a recepcionista que é a principal referência das/os usuárias/os para marcação de consultas, procedimentos, etc. A recepcionista é uma mulher trans não usuária do Espaço, uma exigência para contratação, pois compreendem que seja importante ter uma pessoa trans próxima da população atendida nessa posição de receptividade e não ser usuária para que não ocorra conflito de interesses.

Durante o tempo que realizei o trabalho de campo junto à equipe multidisciplinar, só tive contato pessoalmente com os dois médicos que realizam a cirurgia de transgenitalização feminina, o ginecologista e o urologista. Importante destacar que o médico urologista foi aluno do médico que inicialmente realizava as cirurgias experimentais no início dos anos 2000. Entretanto ele aperfeiçoou a antiga técnica tornando-a mais satisfatória, estética e funcionalmente, para as usuárias. Além de ser bastante atencioso, o médico urologista realiza sempre uma reunião com as usuárias que estão próximas para realizar a cirurgia de acordo com a fila. Nessa reunião, ele explica todo o procedimento, apresentando fotos, tirando todas as dúvidas, além de explicar o passo-a-passo do pré e pós-operatório. Essa reunião conta com a presença de algumas TRs, além de usuárias que já realizaram a cirurgia para que relatem a experiência. Além disso, como pude acompanhar, ele realiza devidamente as visitas no pós-operatório, como também ao longo do tempo no Espaço acompanha e escuta cada paciente.

Com relação às cirurgias, o Espaço Trans tem reservado pelo Hospital das Clínicas um bloco cirúrgico todas as quartas-feiras à tarde, assim a marcação para todos os procedimentos cirúrgicos possíveis precisa ser intercalada dentro do horário oferecido pelo Hospital para o Espaço. Essa questão, entre outras, aponta que o principal problema no atendimento do Espaço

se encontra nas dificuldades estruturais do Hospital, que por sua vez, remontam a problemas estruturais do SUS de forma mais abrangente. Voltando à explanação da realização das cirurgias, nos três anos de funcionamento do Espaço<sup>44</sup>, foram realizados<sup>45</sup> os seguintes procedimentos: 27 neocolpovulvoplastias<sup>46</sup>, 4 mamoplastias<sup>47</sup>, 1 tireoplastia<sup>48</sup>, 5 mastectomias<sup>49</sup>, 12 cirurgias complementares (rinoplastia<sup>50</sup>, entre outras não discriminadas na informação repassada pelo Espaço). No período não foram realizadas histerectomias<sup>51</sup> e transgenitalização masculina, uma vez que até o momento da pesquisa, não havia nenhum/a especialista no HC habilitado/a para a realização das cirurgias de transgenitalização masculina, como por exemplo a neofaloplastia e a metoidioplastia.

Enquanto realizei o campo percebi diversas situações onde a transfobia institucional do hospital prejudicou os/as usuários/as do Espaço. Com relação às cirurgias, um problema grave foi percebido na realização das mastectomias. A profissional mastologista, parceira do Espaço Trans em 2016, engravidou e devido a lei 13.287/16, que proíbe trabalho de gestantes em ambientes insalubres, a médica foi afastada da realização de cirurgias e posteriormente tirou licença maternidade. Sua ausência não configura, em si, um problema. Ocorre que nenhum/a outro/a profissional mastologista do Hospital apresentou disponibilidade para substituir a colega nas esporádicas mastectomias nos homens trans do Espaço. Foi alegado, pelos/as profissionais da mastologia, que as demandas da oncologia não possibilitavam que tivessem horário disponível, com isso, a realização dessas cirurgias ficou parada por um ano e só serão retomadas agora com a volta da licença da mastologista parceira.

O curioso é que um dos mastologistas que rejeitara formar uma parceria com o Espaço Trans, no período em que a profissional da equipe estava de licença maternidade, foi procurado pelo usuário que estava na primeira posição na fila e que estava anteriormente com a cirurgia agendada. O rapaz relatou sua história ao mastologista e como era o próximo na fila e, principalmente, por ter seu nome retificado na sua documentação, o médico optou por realizar

---

<sup>44</sup> É importante lembrar que são necessários dois anos de acompanhamento para acesso às intervenções cirúrgicas. Por isso, nos dois primeiros anos de existência do Espaço foram realizadas cirurgias apenas daqueles usuários(as) que já tinham completado o tempo mínimo e haviam sido acompanhadas pelo HC antes da paralização das cirurgias em 2010.

<sup>45</sup> Informações passadas pelo Espaço Trans no dia 15/12/2017.

<sup>46</sup> Algumas dessas cirurgias foram realizadas em pessoas intersexuais que também são encaminhadas para o Espaço Trans.

<sup>47</sup> Mamoplastia é a nomenclatura utilizada para às cirurgias plásticas feitas nas mamas, tanto de aumento quanto de redução.

<sup>48</sup> Cirurgia realizada no esqueleto laríngeo, é utilizada para diminuição do pomo-de-adão e afinamento da voz.

<sup>49</sup> Mastectomia é a cirurgia de retirada total da mama.

<sup>50</sup> Rinoplastia é o nome dado para as cirurgias realizadas no nariz que possuem como objetivo principal apresentar efeitos de maior satisfação estética. Explicar quais são esses efeitos...

<sup>51</sup> Histerectomia pode ser parcial ou completa, consiste na retirada do útero e/ou dos ovários.

a cirurgia, uma vez que ao seu ver se tratava realmente de um homem trans e que o mesmo não iria processá-lo posteriormente por insatisfação com o procedimento. O caso foi comentado nas entrevistas e demonstram a insatisfação dos/as usuários/as diante desses problemas com a equipe médica que não faz parte do núcleo de apoiadores do Espaço, como pode ser visto nas falas abaixo:

*“(...) eu esperava assim que por ser um hospital né era mais acolhedor, digo as outras vertentes, as outras áreas, mas assim depois que eu cheguei lá eu vi que a realidade era diferente, a dificuldade dos próprios profissionais do espaço, que é enorme pra conseguir é pra conseguir dar suporte a gente né, a todo mundo, você acaba vendo que fica empancando. Eles tentam né mas tem que ficar pedindo a um e a outro, não do espaço mesmo, não dos usuários, mas tipo aos próprios profissionais que tão ali pra cuidar das pessoas, eles não tão pra fazer favor né, é, por exemplo aquele caso do dos médicos lá que se recusa.... [Mastologista?] É do mastologista que se recusava a fazer, aí foi um e fez e tipo ele tá ali contratado pelo hospital pra prestar o serviço né, ele não tem que escolher o que é que vai fazer, ele tá ali pra prestar serviço... Pra mim assim, eu achei que fosse mais fácil pro Espaço que era assim, que era uma coisa mais é, como é que eu posso dizer, mais firme, mais sólida (...) Se eu achei que na demora a burocracia era grande pra ser chamado, pra depois que você tá dentro a burocracia é muito maior, maior e não é por falta de vontade dos profissionais do Espaço, é por falta de vontade dos outros profissionais, né? Dos parceiros.” (Entrevista com Júlio 11/08/2017)*

*“[Tu acabou fazendo em outro lugar (mastectomia), como foi isso?] Rolou em outro lugar porque a médica aqui entrou em licença, eu era acho que o sexto da fila pra esse ano, desse ano não, eu era o sexto da fila, a médica vai voltar a cirurgia agora, mas vai voltar pela médica que estava de licença, ou seja a transfobia institucional ... travou o programa e é uma merda porque a cirurgia é só uma por mês que acontece e querendo ou não seria bem interessante porque aqui como a gente já tinha tido umas conversas anteriores já entra a mastologia com a plástica, então já faz normalmente já se resolve em um procedimento único (...)” (Entrevista com Rodrigo 14/08/2017)*

*“os homens trans e a dificuldade que até hoje tão sem cirurgia, esqueci o nome da retirada... [Mastectomia?] Pronto! Acontece o seguinte vê só o Hospital das Clínicas possui diversos cirurgões de plantão, o médico que está no HC ele não está de graça ele está ali como servidor, recebe um salário que é pago pra isso, não existe uma instituição filantrópica que tá lá por prazer sem ganhar dinheiro. Então assim, um médico não pode se negar de operar ninguém, é um princípio, ele faz*

*um juramento, e é um princípio da profissão dele (...) o hospital das clínicas deveria fazer assim tá na fila, tá agendado, o cirurgião do mês é esse, então você vai operar, você recebe pra isso. Se ele não operar e se negar ele tem que responder um processo administrativo inclusive junto ao CREMEPE, inclusive eu gosto de falar olhe tem uma coisa muito errada nessa história, tem algo que não bate, então assim, é uma coisa que está muito fora do normal, dos princípios éticos e de um hospital público, do próprio SUS, então assim é uma situação, é um questionamento que inclusive falei pra gente denunciar o HC ao MP e exigir uma audiência pública” (Entrevista com Diana 31/07/2017)*

O caso surgiu nas entrevistas sem haver um estímulo prévio, o que denota como a situação gerou incômodo, como os/as usuários/as se sentiram discriminados pelos/as profissionais que não fazem parte do próprio Espaço Trans. Em suas percepções, haveria um abismo entre o Espaço Trans e o Hospital das Clínicas. Para os/as usuários/as ambos seriam lugares dissociados, onde em um se encontra acolhimento e no outro não. É percebido nas falas quando são dirigidas às Técnicas de Referência e às/aos profissionais que compõe a rede multidisciplinar, um tom de afetividade, são vistas/os com um olhar de cumplicidade como pode ser percebido nas seguintes falas:

*“você vê que a dedicação delas, ali são profissionais que sei que fazem por amor, porque é uma (...) dificuldade enorme, a dificuldade delas, se a dificuldade da gente é grande a delas é pior ainda porque elas tão ali vendo pessoas que precisam de ajuda, tentam ajudar e são bloqueadas né pelo sistema, pelos outros profissionais, acho que o pior são os outros profissionais” (Entrevista com Júlio 11/08/2017)*

*“desde que eu entrei aqui desde o começo que eu conheci os profissionais aqui eu vi que eles não nos tratavam como doença, isso é de total importância, porque é um ambiente que a gente se sente livre, é um dos ambientes que você se sente à vontade, pelos profissionais, isso dá até uma importância pra gente” (Entrevista com Pedro 17/08/2017)*

Fica evidente através das falas como há uma diferença na relação com as profissionais da equipe do Espaço Trans e de quando há a necessidade de haver interação com outros espaços do HC. Há diversos desafios por parte da equipe em estreitar laços e formar parcerias dentro do hospital. Durante o trabalho de campo percebi a formação de uma importante parceria com a farmácia do hospital. Uma das farmacêuticas responsáveis se afirmou enquanto parceira e desde então está sendo debatido a compra dos hormônios juntamente com a população trans, debatendo seus resultados e possíveis efeitos colaterais. Porém, assim como nas demais

parcerias, a aproximação resulta muito mais da sensibilidade individual daquela/e profissional do que de uma política que engloba todas as áreas e profissionais do HC.

Após o acompanhamento de dois anos as/os usuárias/os que desejam a realização de intervenções cirúrgicas<sup>52</sup> realizam todos os exames clínicos necessários para a cirurgia. Durante o campo visitei algumas usuárias no pós-operatório da neocolpovulvoplastia e os procedimentos realizados por elas narrados foram os seguintes: são realizados uma bateria de exames para constatar que o corpo está preparado para a cirurgia, já que a mesma é considerada de alta complexidade e requer o uso de anestesia; são realizadas entre uma e duas cirurgias dessa modalidade ao mês, assim são chamadas as dez primeiras na fila para realizarem todos os exames pré-operatórios, as que ficarem preparadas e liberadas vão sendo encaminhadas. É estimado um período de três meses para recuperação, durante esse tempo é proibido práticas sexuais, agachamentos, atividades físicas, esforço físico, assim como passar um longo tempo sentada, entre outras atividades que possam comprometer a cicatrização da região genital. Também no período expresso é necessário estar diariamente com o molde peniano de silicone (colocado com camisinha e vaselina pela própria paciente ao longo dos meses) para que a vagina não se feche e a usuária possa ter uma vida sexual com o novo órgão. Na cirurgia se constrói o clitóris com parte da glândula do pênis e é mantida a próstata. Com isso, diferentemente do início do século XX quando se pensava que a pessoa transexual não possuía nenhum desejo sexual, atualmente a cirurgia preza pela funcionalidade, pela estética e pelo prazer no uso das genitálias.

Como já apresentado na literatura, nos trabalhos de Bento (2006), Lionço (2009) e Amaral (2011), devido às dificuldades presentes no SUS como disponibilidade de profissionais, blocos cirúrgicos, medicamentos, entre outros problemas estruturais, as cirurgias acabam por terem uma demora nos agendamentos. No caso particular do Processo Transexualizador há o agravante da transfobia, que levam a situações como ocorreu no HC onde a mastectomia passou um ano suspensa. A presença de poucos locais habilitados para a modalidade hospitalar com financiamento do SUS gera uma grande demanda para os espaços existentes, ficando na maioria das vezes com um excesso de pacientes. A falta de receptividade sentida pela população trans nas unidades básicas de saúde gera um afastamento da população para com o cuidado da saúde. Isso resulta em frequentes casos de pessoas trans que tem complicações ao utilizarem hormônios sem acompanhamento e ao injetarem substâncias no corpo como silicone industrial

---

<sup>52</sup> Segundo as profissionais, a maioria das/os usuárias/os optam por realizar cirurgias, possivelmente pelo fato de o Espaço ser um dos poucos habilitados na modalidade hospitalar.

para que consiga construir sua identidade corporal da forma que deseja. A transfobia institucional destaca-se como importante barreira de acesso à saúde para a população trans, já que o mesmo problema se encontra nos profissionais da rede particular que não realizam os procedimentos, como apontado em entrevista:

*“(...)o ministério da saúde acaba deixando algumas coisas soltas demais, tem conversas com a ANS, tem que reunir com o conselho federal de medicina, (...) mas o conselho de farmácia também pra trabalhar essas problemáticas de hormonização(...), porque muitas vezes muitos de nós não precisariam estar aqui, (...) se tem 260 [usuários/as] hoje aproximadamente vamos dizer que pelo menos uns 40 não precisariam estar frequentando aqui porque têm plano de saúde, então isso já desafogaria, menos inchado, as vezes as pessoas tem plano e têm pessoas de outros estados que tem plano de saúde no seu estado, então se converse com a ANS [e que] isso vire uma regulamentação pra que os planos também absorvam essa demanda(...)”* (Entrevista com Rodrigo 14/08/2017)

Assim, tanto nos serviços particulares quanto nas unidades básicas há uma extrema dificuldade para que pessoas trans se sintam bem acolhidas tal como relatam encontrar com a equipe especializada do Espaço Trans. Por isso, é sentido uma grande dificuldade de encaminhamento para os serviços de saúde básica das/os usuárias/os que já completaram o tempo de acompanhamento e que já realizaram os procedimentos cirúrgicos desejados. No caso que já tiveram o acompanhamento pós-cirúrgico de um ano. Para esses casos o ideal seria encaminhá-las para suas unidades básicas de saúde, para retirada de hormônios e acompanhamento clínico como previsto pelo SUS. Porém, na prática, isso aparece como um desafio para equipe.

Em campo, uma usuária que já havia completado o seu tempo relatou que: *“Me sinto como se estivesse sendo abandonada, aqui é como uma família, aqui tenho minha médica certinha, vou sentir muita falta”*. A partir desse relato percebemos como a carência de espaços acolhedores levam muitas vezes uma forte vinculação por parte de alguns/mas usuários/as. O hospital não pode e não deve ser o único local de acolhimento para a população trans, tanto do ponto de vista da saúde, onde todos os outros aparatos deveriam ser receptivos, quanto nas demais instâncias sociais. É notado em alguns relatos a percepção das/os usuárias/os que o Espaço Trans dentre todos os outros ambientes sociais por onde circulam (trabalho, família, faculdade, colégio, etc) é onde as/os usuárias/os sentem naturalidade em se colocar como uma pessoa trans e que podem conviver com mais pessoas trans. Apesar de muitos relatos sobre esse

aspecto terem sido feitos em reuniões dos grupos, algumas falas nas entrevistas denotam o vínculo afetivo formado com o Espaço:

*“Quem tá lá procura as intervenções, mas eu acredito que o principal né o que deveria ser o foco é realmente a questão da socialização dos grupos, as avaliações psicológicas, o acompanhamento de fato. De fato, porque assim lá eu não paro, por exemplo é como a gente diz no grupo, a cada 15 dias que você vai lá é como se você passasse 15 dias você vai entre o céu e o inferno, você passa 15 dias guardando tudo pra quando chegar lá naquelas três horinhas de grupo você se solta”* (Entrevista com Júlio 11/08/2017)

*“E... foi em 2016 (...) quando me assumi para todos. Mas a transexualidade comecei mesmo, de fato, quando fui acolhida no HC. (...) mas foi ali que foi tudo se acontecendo na minha cabeça. Questões de até criar coragem, tô no Espaço Trans, eu estou afirmando minha transexualidade.”* (Entrevista com Marina 26/07/2017)

*“(...)o hospital das clínicas e encontrar outras trans, ajudou [com relação a se sentir fortalecida]. Eu nunca tinha convivido com outra mulher trans, eu nem conhecia outra mulher trans, vim conhecer, já tinha visto na rua, mas falar, sentar, conversar, trocar um beijinho, nunca. Eu vim conhecer no HC, depois disso eu vim participar da Gestos, no projeto da Gestos, isso também me gerou, me deu um empoderamento muito forte também, assim juntou com o Hospital das clínicas, né? Você juntou toda a construção diária que eu vinha fazendo também, cada passo que você dá é um passo importante (...)”* (Entrevista com Diana 31/07/2017)

Por outro lado, apesar de alguns usuários/as terem fortes vínculos com o Espaço, de modo geral, após a realização das cirurgias as/os usuárias/os acabam deixando de ir completamente para o hospital. Inclusive as técnicas relataram dificuldades para o acompanhamento pós-cirúrgico. Então, tanto há uma dificuldade de diálogo com as unidades básicas para que haja encaminhamento dos/as usuários/as que completaram o tempo e a utilização do serviço, como por parte dos/as usuários/as perceberem a importância de buscar um acompanhamento clínico após à realização das cirurgias como antes das cirurgias.

O acompanhamento médico é importante não só para a saúde como um todo, mas principalmente pelo fato de que para as pessoas que fazem uso contínuo de hormônios, podem apresentar certos efeitos colaterais capazes de acarretar prejuízo à saúde, necessitando de um

monitoramento. Os riscos mais graves, que podem ser fatais, com o uso de estrógenos<sup>53</sup> seriam: trombose, embolia pulmonar e alteração da função hepática. Para aqueles que utilizam a testosterona, os riscos mais graves até agora apresentados, que podem ser fatais são: policitemia (aumento dos glóbulos vermelhos no sangue), trombose, problemas cardíacos e alteração de função hepática.

Com relação aos hormônios, durante o campo ocorreram algumas mudanças, principalmente a partir da parceria com a farmácia do HC. Anteriormente o hospital ofertava apenas 30 caixas da medicação Nebido, que consiste em uma ampola de Undecanoato de Testosterona. Segundo os homens trans é um produto de melhor qualidade por não causar picos hormonais acentuados. Isso significa que com outras medicações, como a mais comum que é a Durateston<sup>54</sup>, há assim que injetado um alto pico de testosterona no corpo e quando o período está terminando e precisa tomar uma nova dosagem há uma forte queda de testosterona, isso acaba desestabilizando o corpo e acarretando na maior presença de efeitos colaterais (como a chegada antecipada da menstruação). A Nebido, segundo as experiências dos homens trans, não traria esses efeitos. Porém inicialmente o hospital acreditava que seriam apenas 30 homens trans que estariam inseridos no programa, entretanto, com a alta demanda esse número cresceu bastante, com isso vários rapazes não conseguiam tomar essa medicação de graça pelo hospital. No mercado ela é bastante cara<sup>55</sup> e apresenta dificuldades de compra devido ao mercado ilegal, onde o produto é consumido principalmente por homens cisgêneros em academias, vistos como anabolizantes. Como dito em entrevista:

*“(...)deposteron [Cipionato de Testosterona, outra medicação que sintetiza a testosterona] é um inferno pra encontrar, agora que tá dando uma melhoradinha, mas teve uma época que tava praticamente sumindo das farmácias e isso não é por causa dos homens trans não, é por causa do tráfico, por causa das academias, aí o que é acontecia, vamos dizer por exemplo... vamo dizer que tem 100 homens trans atendidos regularmente nos serviços de saúde, pegam a receita regularmente e alguns homens cis que fazem reposição, (...), aí a gente pegou e entrou no Ministério Público com os meninos porque (...) vamos dizer que a média no mercado fosse vender 200 ampolas, chegava no mercado 400, pra onde tava indo as outras 200? Isso eu*

<sup>53</sup> Os três estrógenos naturais seriam a estrona, o estradiol e o estriol. Para a fabricação de anticoncepcionais foram criadas medicações que sintetizam o estradiol, por esse ser o mais importante para o ciclo reprodutivo no período gestacional, assim a ingestão desse hormônio por um corpo de uma mulher cisgênera aumentaria a sua concentração simulando os efeitos que acontecem no útero quando se está grávida. Nos corpos de mulheres trans esse hormônio faz com que o corpo apresente caracteres secundários feminilizante.

<sup>54</sup> Composto por: propionato de testosterona: 30 mg, fempropionato de testosterona: 60 mg, isocaproato de testosterona: 60 mg, decanoato de testosterona: 100 mg.

<sup>55</sup> O valor médio de uma caixa de Nebido que contém uma ampola custa R\$ 500,00.

*lhe digo claramente que é tráfico porque eu já cheguei em farmácia a menina olhou chega lá a balconista olhou aí viu "tem uma aqui ainda no estoque", aí "tá, eu vou querer" aí daqui a pouco vinha um cara, o homem, o atendente balconista masculino vinha e fazia "não é porque não atualizou não", mentira, tráfico, porque se uma deposteron na farmácia ela custa sei lá até R\$ 45, uma caixa com três ampolas, no mercado paralelo ela não vai ser vendida por menos de R\$ 100, não vai ser. Ela às vezes custa R\$ 120 por aí, pode custar até R\$ 150 a caixa com 3 ampolas." (Entrevista com Rodrigo 14/08/2017)*

Assim, através da parceria com a farmácia do HC foi aberta uma nova licitação para aumento no número de medicamentos para a hormonização masculina. Com relação aos hormônios femininos, diferentemente da testosterona em que há dificuldade para compra, os anticoncepcionais são fornecidos de forma mais livre nas farmácias e postos de saúde. De toda forma a medicação é fornecida pelo hospital para as usuárias e no momento está sendo fornecido um bloqueador de testosterona e o valerato de estradiol (dosagem específica para cada caso). No caso, o bloqueador ajudaria na inibição da produção de testosterona realizada pelos corpos biologicamente masculinos e o valerato de estradiol uma forma sintética do hormônio feminino estrogênio que garantiria o desenvolvimento de traços femininos nas mulheres trans e travestis.

Devido a própria troca de conversas com a população trans, foi aberta licitação para que o hospital forneça o estradiol 17-beta que seria a fórmula de hormônio feminino que seria melhor processada pelo corpo, diminuindo certos efeitos colaterais, como náusea e aumento do peso corporal. Entretanto, muitas das experiências com hormônios são compartilhadas por experiências cotidianas, ainda não havendo estudos, protocolos e parâmetros voltados para o atendimento e cuidado dos corpos trans. A experiência e uso desses hormônios se dá de uma forma muito mais contínua por essa população, alguns usuários/as alegam que seria interessante uma investigação de longo prazo principalmente para se apreender os efeitos colaterais e como eles surgem. Além disso, a construção de protocolos facilitaria o atendimento de médicos/as da rede de saúde que não fazem parte da equipe especializada do Processo Transexualizador. Com um protocolo de hormonioterapia para pessoas trans, o atendimento nas unidades básicas poderia ser facilitado. Em entrevista, um usuário trouxe essa questão:

*“ (...)o que eu bato na tecla sobre pesquisa, (...), pra desenvolver o protocolo de hormonização, porque é uma coisa que (...) trouxe ano passado no comitê técnico de saúde aqui do HC, que eu vivo batendo nessa tecla pra fazer o protocolo de hormonização, falei lá com as meninas do Ministério da Saúde também, que tem que ter esse*

*protocolo porque alguns caras como eu tomam hormônio, mesmo que não esteja em excesso de peso acabam desenvolvendo hipertensão, por quê? O que tá sendo alterado? Às vezes eu tenho formigamento, já mudei de hormônio e continuo tendo, será que é porque eu tô com excesso de peso ou é outra coisa? Tá entendendo? Então assim se precisa de um protocolo, tem que fazer comparativo (...)*” (Entrevista com Rodrigo 14/08/2017)

Compreendendo a necessidade de ouvir e de informar as/os usuárias/os sobre a questão da hormonização, enquanto realizei a pesquisa de campo, foram realizadas algumas sessões dos grupos abordando a temática tendo como proponente e facilitador do debate o residente de farmácia que estava atuando no Espaço Trans. Esse debate aconteceu em vários grupos e a proposta foi de, inicialmente, realizar uma rodada de perguntas das/os usuárias/os sobre a questão da terapia hormonal, da fabricação dos hormônios e dos benefícios e malefícios do uso dos mesmos, seguido de um debate.

Os grupos se apresentam como esse espaço que tanto reflete um processo de criação de sociabilidades, desabafo, troca de experiências, como também se articula como um espaço para construção de conhecimento e informação. Apesar de, como já falado, ser uma minoria os/as usuários/as que frequentam os grupos assiduamente, seus participantes afirmam ser um espaço importante, onde a pessoa pode “se soltar”, falar dos problemas vividos; em grupos que participei, pessoas relataram abusos sexuais sofridos na infância, tentativas de suicídio, assédio moral vivido no ambiente de trabalho, assuntos que muitas vezes são difíceis de serem abordados e que muitas vezes é necessário um processo de construção de confiança com os demais membros para que sejam debatidos. Além disso, as pessoas entrevistadas relatam que através dos debates repensam vários preconceitos e questões sociais.

*“(...)eu acho importante principalmente o grupo, eu não digo nem o acompanhamento individual, eu digo grupo, acho muito massa o grupo, eu só fui desconstruir mulher trans por causa do grupo, foi depois do grupo que eu comecei a olhar menina trans, porque eu não olhava. (...) acho essencial, gosto desse trabalho de grupo e esse trabalho de grupo também acho importante pra se desconstruir.”* (Entrevista com Rodrigo 14/08/2017)

*“(...)nos grupos a gente passa a experiência por exemplo, teve coisas que eu ouvi ali que eu nunca tinha escutado que realmente pessoas tivessem passado por aquela situação e acaba sendo um aprendizado pra gente que tá passando informações e absorve também as informações de vida, sabe? É muito bom, eu acho que uma das coisas primordiais do tratamento em si, é você tá ali, tá ouvindo a outra*

*peessoa, a outra pessoa te ouvindo também sabe? Você passando de certa forma o seu coração fica mais leve, por ver pessoas que passam pelas mesmas coisas.” (Entrevista com Pedro 17/08/2017)*

*“(…) quando cheguei tá lá até no meu prontuário, eu queria fazer rinoplastia, bichectomia, mamoplastia, tirar a costela tudinho, mas hoje em dia que eu vejo que a terapia em grupo me ajudou a desconstruir muitas coisas, até porque eu tava querendo fazer todas essas cirurgias, sem antes ter um tratamento hormonal, então eu não sabia como o meu corpo ia mudar (...) quando cheguei no HC eu pensava assim não diminuía os homens trans como homens, mas eu pensava que por ter uma genitália feminina, dita feminina, eu não conseguiria ter uma relação sexual com eles. Mas, quando conheci homens trans, na terapia em grupo, isso desconstruiu, hoje eu defendo eles dessa transfobia que sofre porque eles têm que ter um pênis, porque homem tem que ter pênis. Eu percebo muito que isso mudou muito em mim, me empoderou muito em várias questões e conhecimento também da transexualidade e de gênero.” (Entrevista com Marina 26/07/2017)*

Através dos relatos podemos perceber que os grupos também acabam por desconstruir os estereótipos que as próprias pessoas trans tinham em relação à outras pessoas trans, a exemplo de homem trans que não reconhecia uma mulher trans como mulher até frequentar os grupos; ou de uma mulher trans que dizia ter preconceito com homens trans até conhecê-los nos grupos. É fundamental perceber que dentro do espaço medicalizante, como o hospital, através de uma proposta despatologizante de compreender a transexualidade, é possível propiciar um espaço para fortalecimento das identidades trans, do gênero como uma vivência não essencialista e de promover um debate que visa o pensamento crítico e democrático.

Enquanto produtor de discursos e poder, o hospital e os saberes biomédicos por ele reproduzidos são legitimadores de verdades e possuem uma importância social que os coloca na posição de emissores de saberes legítimos. Assim, quando dentro de um espaço tão valorizado socialmente, como o hospital, há a presença de um discurso despatologizante como uma proposta de tratamento, esse discurso acaba por adquirir maior respaldo social e pode ser compreendido como legítimo, mesmo sendo uma postura ainda incipiente se comparada com outros hospitais que realizam o Processo Transexualizador. No próximo capítulo, iremos aprofundar a relevância desse discurso de despatologização das identidades trans para a construção de um atendimento integrado para essa população.

Por ora, compreendemos que a existência de um Processo Transexualizador pelo SUS demonstra um importante avanço nas políticas públicas direcionadas à população trans,

garantindo o direito básico à saúde e percebendo o bem-estar físico, mental e social como integrados ao se estabelecer um atendimento de cuidado. Entretanto, nos sete anos desde o lançamento da primeira portaria em 2008, aspectos importantes foram sendo transformados e outros pontos continuam defasados, como a ausência de medidas para uma verdadeira integração entre as unidades de saúde básica e especializadas no Processo Transexualizador, como também a expansão do atendimento para outras especialidades médicas tornando a portaria uma proposta de saúde mais amplificada para essa população. Para além da importância política e social do Processo Transexualizador, no próximo tópico, iremos aprofundar as implicações teóricas envolvidas no trabalho percebendo como as intervenções corporais correspondem a uma performatividade de gênero e as identidades são conceitualmente concebidas.

### **3.3 “Pra mim é libertação”: A vivência da transexualidade relacionando gênero, medicalização e construção de si**

No Espaço Trans, a maioria das pessoas procura o serviço devido a uma expectativa de realizar cirurgias e outras intervenções corporais definitivas que produzam uma estética que corresponda à representação de um gênero desejado. Nas falas presentes nas entrevistas, o Processo Transexualizador acaba sendo relacionado a um processo mais amplo de libertação individual e de uma afirmação de pertencimento a um gênero que muitas vezes foi negado na trajetória de vida daquela pessoa. Quando questionado sobre qual o significado das intervenções cirúrgicas na sua vida, um entrevistado falou:

*“(...)então pra mim assim a partir do momento que você vai vendo os efeitos das intervenções né, a partir do momento que você vai acompanhando pelo grupo né convivendo com as pessoas que você se encaixa, que você sabe que te entendem, pelo menos a maioria deveria, é o que tá ali, aí você começa a ver que tá mais fácil, você assim se soltar, respirar e ser você, as outras coisas, as outras portas também vão se abrir pra mim assim foi, pra mim é realmente a questão da libertação, pra mim é libertação.” (Entrevista com Júlio 11/08/2017)*

Há uma enorme complexidade ao formular uma análise sociológica sobre como o Processo Transexualizador se relaciona com questões de autonomia e emancipação, quando ao mesmo tempo é um processo medicalizante no qual há a busca por adequar um corpo a certas expectativas de gênero de uma sociedade binária, que prevê apenas o gênero masculino e o feminino, mas que, por sua vez, quebra com a expectativa cisnormativa. No sentido de que as

vivências trans rompem com a expectativa de que corpos que nascem com genitália pênis serão homens até o fim, corpos que nascem com genitália vagina serão mulheres até o fim, prerrogativa de uma sociedade que reconhece apenas a cisgenderidade como possível.

Todavia, como pode ser encontrada uma autonomia, uma agência, dentro de uma lógica medicalizante pautada em uma normatização de uma estrutura social dada? Esse é um questionamento que essa pesquisa não pretende solucionar por completo, mas que norteia o pensamento teórico e empírico aqui proposto. Quando tentamos compreender como as pessoas trans significam suas vivências no Processo Transexualizador, precisamos ter em mente que não haverá uma resposta única, pronta para ser lida de forma coerente e totalizante. Mas, podemos apreender que há uma linguagem que estrutura a forma como os nossos corpos serão lidos e normatizados socialmente e que através dessa mesma estrutura que nos condiciona podemos encontrar fissuras, falhas que permitem escapismos dessas regras. As falhas possibilitam as transformações que serão realizadas pela subversão dos sujeitos à essas normativas. Por menor que seja essa subversão, ela dá margem para uma releitura e nos garante algum nível de agência dentro de lógicas estruturadoras.

Para compreender como o gênero atua nas vivências sociais e de como isso gera a necessidade de buscar uma intervenção cirúrgica para se sentir mais confortável com o seu corpo e com a sua identidade de gênero, estamos tomando como referencial teórico, desde o início deste trabalho, as percepções de gênero concebidas pela filósofa Judith Butler. Dessa forma, iremos apresentar o seu debate e como se relaciona com os relatos e experiências apreendidas no campo acerca do Processo Transexualizador.

### *3.3.1 Performatividade de gênero e a matriz (cis)heterossexual*

No primeiro capítulo introduzimos alguns conceitos formulados por Judith Butler (2008) para analisar a construção histórica da nomenclatura “transexual”. Percebemos que o nome não surge do nada e perpassa todo um processo de medicalização do corpo e principalmente do sexo. Como o trabalho dessa autora nos auxilia na análise do Processo Transexualizador e dos relatos obtidos em campo?

Butler (2008) formula uma problematização sobre como o conceito gênero vinha sendo utilizado até a década de 1990. A autora percebeu que tomar gênero como a parte social sobre as diferenças entre os corpos sexuados e o sexo como uma divisão natural dessa diferença não questionava a própria construção dos corpos sexuados e de uma lógica de sentidos que tornava essas diferenças verdades essenciais da natureza humana. Assim:

Em ambos *Gender Trouble* e *Bodies that Matter*, Butler discorre sobre os mecanismos discursivos através dos quais o gênero é constituído. De acordo com Butler, o processo de se tornar “generificado” — de se tornar homem ou mulher — nunca está completo. Pelo contrário, nós devemos continuamente alcançar a “naturalidade” do gênero por meio de uma exposição performativa das características “generificadas”. Assim, para Butler, gênero não é um ato ou evento singular, mas “a repetição estilizada de atos através do tempo” (1990b: 271) e a coerência do gênero é obtida por meio “da repetida estilização do corpo... dentro de um quadro regulamentar altamente rígido que congela ao longo do tempo para produzir a aparência de substância, de uma espécie natural do ser” (1990a:33). (SPEER, 2005:48, grifo original e tradução nossa)<sup>56</sup>.

Dessa forma, Butler aperfeiçoa o conceito de proferimento performativo<sup>57</sup> do filósofo John Austin (1990), aplicando a noção estabelecida por ele de que na linguagem as palavras podem ser usadas para além de uma descrição da realidade sendo formadoras da realidade e afirma que o gênero se torna coerente através de uma linguagem performativa que cria a realidade de como o gênero deverá ser apreendido. Para isso, não há uma essência dos gêneros; a forma como se lê homens e mulheres na sociedade só é possível a partir de uma repetição, uma reiteração de atos performáticos que constroem a realidade do que seria um gênero.

Por isso, Butler (2008) afirma que o gênero, por ser uma ação, demanda uma performance repetida. A repetição, por sua vez, tanto é uma reencenação como uma nova experiência do conjunto de significados que socialmente são construídos, como também é o modo que comumente os ritualizamos e legitimamos. (BUTLER, 2008). Essa repetição, por sua vez, garantiria a legitimidade de uma lógica de inteligibilidade específica, mencionada no capítulo anterior, que Butler (2008) define como *matriz heterossexual*.

Isso significa que na forma como o nosso pensamento se estrutura, não só sobre as pessoas, como sobre as coisas, os conceitos, as crenças, etc., há uma lógica de raciocínio dicotômica e dual, (homem-mulher, macho-fêmea, dia-noite, natureza-cultura) que toma a heterossexualidade como verdade, como natural e para legitimar essa naturalidade todo o sistema se estrutura em torno dessas dicotomias. Porém, como apontado pela autora, a repetição evidencia a própria artificialidade do sistema. Conceber logicamente que há seres machos e fêmeas (diferenciados pelas genitálias) que correspondem à uma identidade de gênero homem

---

<sup>56</sup> Texto original: In both *Gender Trouble* and *Bodies that Matter*, Butler elaborates on the discursive mechanisms through which gender is constituted. According to Butler, the process of becoming gendered—of becoming a man or a woman—is never complete. Instead, we must continuously accomplish the ‘naturalness’ of gender through a performative display of gendered characteristics. Thus, for Butler, gender is not a singular act or event, but is ‘the stylised repetition of acts through time’ (1990b: 271) and the coherence of gender is achieved through ‘the repeated stylization of the body... within a highly rigid regulatory frame that congeal over time to produce the appearance of substance, of a natural sort of being’ (1990a:33). (SPEER, 2005:48).

<sup>57</sup> No inglês, língua original, o termo se dá por “performative utterances”.

ou mulher, respectivamente, e que por sua vez irão apenas direcionar o seu desejo de um para o outro, é uma concepção cultural, histórica e circunstancial de nossa sociedade que toma o desejo heterossexual como único. Complementando a conceituação da Butler (2008), essa matriz não só é heterossexual como é cisnormativa, pois toma apenas a existência de corpos cisgêneros, isto é, como apenas possíveis a genitália pênis e a vagina, que se alinham aos gêneros masculinos e feminino.

Sendo assim, a partir dessa matriz de inteligibilidade todos os corpos, seres e coisas que não se encontram nessas caixas se tornam o *exterior constitutivo*. Retomando a noção de Austin (1990) de que o ato de se nomear certos aspectos do real, não só os descreve, como cria-os, Butler (1993) aponta que a nomeação é tanto um processo de estabelecer fronteiras quanto de inculcação da norma através de sua repetição. Assim, se nomear é estabelecer uma fronteira, quem está de fora da fronteira? Aquilo que está fora se torna a não coisa. O que está de fora da matriz heterossexual/cisnormativa? Por que no processo de medicalização, primeiro surgiu o nome homossexual e depois heterossexual? Por que primeiro surgiu o termo transexual e não cissexual?

Aqueles que não estão dentro da inteligibilidade de hetero/cisgênero precisam ser delimitados, pois seriam a não naturalidade, a não normalidade. Apesar de negados e constantemente lidos pela matriz heterossexual/cisnormativa e tendo seus corpos e experiências forçadamente impostos para essas caixas, linguisticamente seriam o outro que constitui “os normais”, os “normais” só podendo ser vistos assim em detrimento daquele outro não-normal, não-inteligível, nas palavras de Butler (1993) aqueles que são tidos como abjetos. Para a autora, o abjeto significa as zonas “inóspitas” e “inabitáveis” da vida social, onde reside aqueles que não são lidos como sujeitos, mas que por estarem nessa posição são a garantia para os limites daqueles que podem ser lidos como sujeitos. Por isso, ao pensar o processo de nomeação das identidades não cisgêneras e não heterossexuais, a autora argumenta que:

Estas atribuições ou interpelações alimentam aquele campo de discurso e poder que orquestra, delimita e sustenta aquilo que pode legitimamente ser descrito como “humano”. Nós vemos isto mais claramente nos exemplos daqueles seres abjetos que não parecem apropriadamente genericados; é sua própria humanidade que se torna questionada. Na verdade, a construção do gênero atua através de meios excludentes, de forma que o humano é não apenas produzido sobre e contra o inumano, mas através de um conjunto de exclusões, de apagamentos radicais, os quais, estritamente falando, recusam a possibilidade de articulação cultural. Portanto, não é suficiente afirmar que os sujeitos humanos são construídos, pois a construção do humano é uma operação diferencial que produz o mais e o menos “humano”, o inumano, o humanamente impensável. Esses locais excluídos vêm a limitar o “humano” com seu exterior constitutivo, e a assombrar aquelas fronteiras com a persistente possibilidade de sua perturbação e rearticulação. (BUTLER, 2000. In: LOURO, 2000:160).

Assim, quando há o processo de construção nosográfica do transexualismo e a criação da identidade transexual, como abordado no capítulo anterior, não se percebia a possibilidade de um corpo com a genitália pênis ser visto com a identidade de gênero feminino, já que na matriz de inteligibilidade cisnormativa a genitália pênis é inerente ao gênero homem, não sendo possível dissociá-los. Por isso que Butler (1993), tensiona a questão sobre a inerência entre o sexo e o gênero, por isso aponta que: não estaria o tempo inteiro o sexo sendo uma linguagem cultural? Dessa forma, não seria a dicotomia sexo e gênero uma falácia, já que se o gênero é o social do sexo, o que seria o sexo afinal?

Os argumentos para justificar a existência de pessoas que buscavam uma identidade de gênero não “conforme” a sua genitália foram muitas, como já visto, mas a frase que melhor expressa como dentro da matriz de inteligibilidade heterossexual/cisnormativa o sexo está atrelado ao gênero, é a frase “uma alma/mente de mulher em um corpo de homem”. Afinal o que seria isso senão uma busca para justificar uma essencialidade da artificial lógica macho-homem, fêmea-mulher? Além disso, por que as pessoas intersexuais, que também não se enquadram na cisnorma, são descritas como portadoras de genitálias ambíguas? Ambígua em relação ao quê? E por que é necessário que a pessoa intersexual tenha seu “verdadeiro” sexo desvendado pela medicina para que se “adeque” a uma das duas únicas genitálias legítimas?

Se na sociedade os corpos que podem ser lidos a partir da lente da matriz heterossexual/cisnormativa são aqueles que são “legítimos”, a busca por parte da população trans de cirurgias que modifiquem seus corpos, seu sexo, suas características sexuais secundárias para corresponderem fisicamente ao gênero transicionado é mais do que coerente, já que atua como a própria legitimação do seu gênero para a sociedade, é a garantia de que sua identidade feminina ou masculina é real. Claro que não são todas as pessoas trans que buscam modificações corporais. Isso também não quer dizer que a busca é algo, em si, ruim, porém dentro do Processo Transsexualizador ofertado pelo Espaço Trans, o número de pessoas que o buscam é a maioria, sendo necessário se questionar os motivos pelos quais há essa demanda. Nos relatos percebemos como cada uma das/os usuárias/os percebem ao seu modo o significado das intervenções corporais nas suas vidas:

*“(...)minha expectativa sempre foi readequação do meu corpo, tá? Sempre foi desde o começo essa, não vou negar que... mas assim aos poucos eu fui descobrindo outro lado nesse processo transsexualizador, que não envolve somente a cirurgia da vaginoplastia, existe todo um processo inclusive de se conhecer, de se encontrar, de fazer o famoso*

*questão de empoderamento, você se descobrir como pessoa, como mulher trans, somente na minha fase que eu me aceitei tanto corpo como carne vamos falar assim, já [na] fase minha adulta é que isso foi importante. Então assim, hoje meu objetivo lá dentro, claro, é a cirurgia de redesignação, a vaginoplastia, não vou negar, isso é claro, mas não é só isso, tem toda a questão, hoje em dia até as pessoas do espaço viraram quase que uma família, você começa a se encontrar com o pessoal todo mês, nos grupos, começa a se tornar legal” (Entrevista com Diana 31/07/2017)*

Na fala de Diana percebemos que a cirurgia é tomada enquanto um processo de “readequação” do corpo. Na sua vivência seu corpo foi marcado para corresponder ao gênero masculino por ter nascido com a genitália pênis, através do processo de transgenitalização ela busca adequar sua genitália ao gênero com o qual se identifica. Percebemos na sua fala a busca pela adequação que a matriz heterossexual/cisnormativa estabelece, na qual há uma genitália mais adequada para determinada expressão de gênero. Porém, através de suas experiências em busca de um melhor entendimento de si, Diana aponta que aos poucos foi percebendo que o Processo Transexualizador não se restringiria à cirurgia e que precisou passar por um processo pessoal de autoconhecimento e de identificação enquanto uma mulher trans. Na sua trajetória de vida aponta que sempre se sentiu pertencente ao gênero feminino, porém, primeiramente, a família e depois a sociedade lhe negaram esse pertencimento. Aos 17 anos pensou em seguir a vocação católica para se tornar padre, mas nesse período encontrou a sua esposa e com ela conseguiu viver no âmbito privado a experiência de se travestir, pois segundo ela, sua esposa achava excitante.

Entretanto, ao longo da sua vida adulta se vestir e se comportar de um modo feminino apenas em casa e em algumas ocasiões se tornou difícil, acabou por sofrer depressão e pensar em suicídio, segundo ela por reprimir sua feminilidade. Foi a partir de uma consulta com um psicólogo que apontou a transexualidade como uma potencialidade para que se sentisse mais feliz consigo e indicou o próprio Espaço Trans.

*“(...)eu comecei a ter crises de depressão terríveis, fui pra cama, não saía mais da cama, não me olhava no espelho deixei de trabalhar, deixei de fazer tudo, entrei numa crise que ela... [Sua esposa]... ela ficou desesperada, achou que eu ia morrer. Ela dizia que entrava em desespero, ela chorava propositalmente pra vê se eu saía da cama. (...) Foi quando eu busquei a ajuda de um psicólogo, porque eu sabia o que era, mas eu não queria aceitar aquilo porque pra mim era um passo assim.. eu iria jogar tudo... toda minha zona de conforto iria pro lixo. (...)o psicólogo começou a dizer "você não se aceita, qual o teu*

*problema? não tem nada de errado", ele começou a mostrar que não tinha nada de errado, (...), aí foi quando eu comecei a trabalhar esse lado, através dele eu fui bater no Hospital das Clínicas" (Entrevista com Diana 31/07/2017)*

A partir desse relato, percebemos que a trajetória de Diana foi marcada por um processo de tentativa de se enquadrar na matriz de inteligibilidade heterossexual/cisnormativa. A negação de que poderia viver uma experiência de gênero não linear, no caso não sendo um macho-homem-hétero, acabou por levar à repressão da sua identidade. Diana vivenciou a sua transição tardiamente se comparada com outras/os usuárias/os que iniciam antes dos 30 anos. A sua vivência como mulher trans se dá após essa idade. Na leitura do “transexual verdadeiro” no século passado, Diana seria uma “falsa” transexual, pois os parâmetros para diagnóstico pressupunham que se ela não tivesse um casamento com uma mulher cisgênera, que sempre estivesse vestindo e se comportando como uma “verdadeira mulher” para assim ser lida como transexual. Outra vivência que traz a importância de uma psicóloga para um processo de “aceitação” de uma vivência de gênero trans, foi o caso de Júlio. Ele relata que:

*“Eu não tinha consciência..., eu sabia que era diferente, mas eu não sabia o quanto né? (...) depois com o acompanhamento da psicóloga e tal, aí ela mencionou aí a gente começou a pesquisar sobre [a transexualidade], ela me mostrando algumas coisas, aí eu fui finalmente me encaixando sabe? Porque até então eu não conseguia, eu tinha muito problema com minha mãe justamente por isso. Assim, ela é muito vaidosa e eu não, e não sei, tipo eu sabia que eu era muito diferente, eu não conseguia, eu não entendia porque eu não gostava das mesmas coisas que as outras meninas gostavam, assim nunca, não sei, não tinha essa consciência não. E aí acerca de sei lá de sei lá uns dois três anos eu comecei a pesquisar mais sobre isso, e entender mais assim o que é que tava acontecendo. [Então a psicóloga ajudou na tua mudança?] Com certeza, assim o acompanhamento vi que assim não era só eu. Porque até então eu me sentia muito estranho mesmo, assim eu não conseguia me encaixar na verdade. E aí quando eu vi, comecei a ver que tinha muito mais pessoas como eu do que eu imaginava (...)” (Entrevista com Júlio 11/08/2017)*

Trago a experiência relatada por essas duas entrevistas com os/as profissionais da psicologia, pois foi decidido, no dia 17 de dezembro de 2017, pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) o lançamento de uma resolução que orienta os/as psicólogos/as a atuar de modo que as travestilidades e transexualidades não sejam consideradas patologias. A partir dessa normativa os/as profissionais estão proibidos de utilizar quaisquer técnicas que criem,

mantenham ou reforcem preconceitos, estigmas, estereótipos ou discriminação contra essa população, sendo vedado também qualquer tipo de evento que promova a patologização dessas identidades. Além de garantir que essas identidades de gênero devam ser tomadas como legítimas, a resolução estabelece que as identidades trans são possibilidades da existência humana e que não devem ser entendidas como patológicas, nem como transtornos mentais; ao contrário precisam e devem ser respeitadas. A resolução teve sua publicação no Diário Oficial no dia 29 de janeiro de 2018, em um dia marcado por mobilizações do movimento trans, já que é o Dia da Visibilidade Trans.

Medidas como essa apontam como o debate sobre a despatologização das transidentidades e travestilidades está ganhando destaque e influenciando, positivamente, a produção de normativas legais. Experiências como de Diana e Júlio apontam os/as profissionais da psicologia como importantes agentes na busca, pela população trans, por um melhor entendimento de si como incentivadores para reivindicarem suas identidades de gênero. Indicam como a influência do/a profissional da psicologia permanece marcante. No passado, a psicologia mantinha a sua influência pelo viés patologizante sendo fundante para a construção do fenômeno transexual. Atualmente, percebe-se um movimento de reavaliação dos/as profissionais da psicologia sobre a temática, a resolução evidencia essa movimentação e possibilita que experiências despatologizantes e não transfóbicas sejam uma garantia legal.

Na trajetória de vida de Júlio, ele passou sua adolescência e início da vida adulta se sentido deslocado, não plenamente integrado com os familiares, com os amigos e no ambiente de trabalho. Demorou um tempo para que significasse seu isolamento e sua dificuldade de se socializar a uma questão de identidade de gênero. Foi no processo de terapia e de falar sobre suas vivências que começou o processo de se perceber enquanto pessoa trans. Júlio relatou também ter vivido uma forte depressão e de ter realizado uma tentativa de suicídio<sup>58</sup>. Ele falou que tentou se matar ingerindo veneno de rato, porém assim que tomou se arrependeu e falou para a família, foi quando começou a passar muito mal e foi levado para o hospital. Ele disse que foi nesse momento que viu que seu isolamento resultou na não comunicação com sua família. Naquele momento todos estiveram do seu lado, sendo surpreendido pelo apoio de sua mãe na transição. Inclusive a entrevista foi realizada em sua casa e sua mãe foi bastante receptiva e demonstrou seu suporte. Assim, Júlio relata seu processo de transição com as seguintes palavras:

---

<sup>58</sup> O entrevistado relatou sua experiência no grupo quando ocorreu o debate sobre suicídio.

*“Para mim como já te falei tanto a questão hormonal como todas as intervenções para mim eu quero, (...) E assim eu percebi, eu tenho percebido nesses últimos anos em que eu iniciei o processo que eu acho que o meu bloqueio na minha vida, o que tava bloqueando toda minha vida e o que tá bloqueando ainda, porque ainda bloqueia, era essa questão comigo mesmo. Tipo a partir do momento que eu comecei a me livrar de certas correntes, isso pra mim é assim como se se eu conseguisse agora respirar mais e conseguisse é... como se eu criasse um pouquinho mais de força pra ir atrás do que eu quero (...)”*  
(Entrevista com Júlio 11/08/2017)

Butler (2009) aponta que dentro das vivências trans o processo de diagnóstico está ambigualmente relacionado à autonomia. A ambiguidade é intrínseca ao próprio conceito de autonomia, pois pressupõe que haja uma garantia de livre escolha dos sujeitos quando os mesmos estão inseridos em uma sociedade de valores que não pode ser apartada das suas tomadas de decisão. Pensando no diagnóstico, entende-se que ele beneficia o acesso à saúde e a intervenções que garantem a autonomia para algumas pessoas trans, sendo o próprio diagnóstico um significado para as suas identidades. Porém ele mesmo é limitante e estigmatizante ao pôr uma possibilidade de vivenciar o gênero em uma nosografia médica.

Na nossa sociedade, ser diagnosticado, ainda mais com uma doença mental, carrega um forte estigma social; o doente e o louco são categorias sempre postas como à margem da sociedade, que precisam de tratamento e controle para minimamente ser reintegrado. Segundo Butler (2009) a narrativa de vida não pode ser capturada em uma categoria, um rótulo, uma palavra. As vivências são capturadas de forma contingente, limitadas por um período curto de tempo, até o limite da instrumentalização para a linguagem daquele período histórico. Para a autora, as histórias de vida são histórias de transformação, já as categorias são palavras limitadas e circunscritas, não podem apreender as mudanças e o dinamismo da realidade, por isso sempre serão circunstanciais e contingentes. É dessa forma que atuam os diagnósticos e os rótulos, eles não atendem as mudanças sociais e precisam ser vistos como contingentes e circunstanciais.

Entretanto, mesmo sendo o diagnóstico um mecanismo limitante e estigmatizador das vivências de gênero não lineares, por reiterar uma lógica de gênero cisheteronormativa, a sua existência atualmente garante que a população trans seja assistida no âmbito da saúde e possa realizar intervenções cirúrgicas e hormonais de forma gratuita e segura. Para a autora qualquer movimento de retirada completa do diagnóstico dos manuais e da nosografia médica precisa ser realizada após uma seguridade legal dessas vidas, com a presença de leis que assegurem a legitimidade e acessibilidade da população trans à saúde, a educação, a documentação, ao

mercado de trabalho, etc. É preciso reconhecê-las legalmente e as salvaguardar, caso contrário só irá pô-las em risco e em uma negação de que suas vidas importam. Já que a exclusão e o apagamento sistemático de suas existências acarretam em violências físicas e psicológicas, perpetradas pelos membros da sociedade e pelo Estado.

Percebemos no relato de Júlio que se identificar como homem trans e iniciar seu processo de transformação corporal significou liberdade. Fica aqui observável como a autonomia adquire um caráter ambíguo dentro das lógicas sociais. Porém essa autonomia relativa não se encontra apenas em uma vivência trans, mas na própria lógica em que damos significados as realidades. Butler (2009) afirma que:

É possível e necessário dizer que o diagnóstico leva ao alívio do sofrimento; e é possível e necessário dizer que o diagnóstico intensifica o próprio sofrimento que precisa ser aliviado. Nas rígidas condições sociais atuais, nas quais as normas de gênero ainda são apresentadas seguindo maneiras convencionais e nas quais desvios da norma são vistos como suspeitos, a autonomia se mantém como um paradoxo. (...). Mas, se o diagnóstico, a longo prazo, deve acabar, as normas que regem o modo no qual compreendemos a relação entre identidade de gênero e saúde mental têm de mudar radicalmente, de modo que as instituições econômicas e jurídicas reconheçam quando a transformação de gênero é essencial para o sentimento de ser uma pessoa de um modo pleno, para o bem-estar e para o desenvolvimento enquanto um ser corporal. Uma pessoa, por um lado, precisa do mundo social para, de certa maneira, ser capaz de reivindicar o que ela é nela mesma; por outro, o que se vê é que o que uma pessoa é nela mesma depende sempre do que uma pessoa não é, das condições sociais que, por sua vez, anulam e desfazem essa autonomia. (BUTLER, 2009:122)

Assim, para afirmar quem somos e o que desejamos precisamos nos restringir e limitar através do uso da linguagem que temos disponível. A linguagem, por sua vez, é compartilhada em uma complexa rede social composta por uma diversidade de sujeitos onde todos expressam e compartilham significados. Portanto, a autonomia vive nesse constante paradoxo em que para sermos um “*eu*” precisamos de uma estrutura social onde possamos nos criar. Entretanto, dentro da lógica de inteligibilidade que restringe de forma tão intensa o gênero, que cerceia todas as possíveis expressões e identidades que não se apresentem na linearidade proposta, esse paradoxo se intensifica. Por isso, para autora, até o momento em que haja uma mudança radical dessas condições sociais, a liberdade irá demandar uma não-liberdade e a autonomia estará enredada em um mecanismo de sujeição à essas normativas sociais. (BUTLER, 2009).

No próximo capítulo retomaremos o debate sobre gênero, despatologização e Processo Transexualizador. Para a conclusão deste capítulo no próximo tópico iremos dissertar sobre as implicações teóricas do conceito de medicalização e do conceito de identidade e como estão sendo articulados ao longo deste trabalho.

### 3.3.2 *Identidade trans? Da nosografia ao pertencimento*

No primeiro capítulo argumentamos sobre o processo de medicalização onde determinadas vivências do gênero e da sexualidade foram catalogadas e postas em uma nosografia médica que posteriormente foi oficializada em manuais de diagnóstico de caráter “internacional”. Nesse processo histórico de medicalização, a transexualidade surge enquanto uma nomenclatura e diversas experiências do gênero são postas em questão para qual caixa nosográfica deveria pertencer.

A partir do pensamento de Foucault (1994), principalmente com a sua produção na História da Sexualidade, temos a sua conceituação de *dispositivo da sexualidade* para explicar as diversas instituições e mecanismos sociais que atuavam na construção dos discursos sobre o sexo. Berenice Bento (2006) transpõe o conceito para pensar em *dispositivo da transexualidade*. Portanto, o que seria um *dispositivo* na perspectiva foucaultiana? Segundo o autor:

Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos (FOUCAULT, 2000 apud MARCELLO, 2004:200).

Assim, até o momento podemos inferir que a presença do discurso médico do início do século XX constrói a terminologia transexual. Esse discurso, por sua vez, é elaborado em países que se despontam potências mundiais o que influencia na construção de manuais de diagnóstico que se pretendem internacionais, globais; esses manuais estão sendo rebatidos por movimentos sociais como o *Stop Trans Pathologization 2012*; esses processos influenciam países “periféricos” como o Brasil, tanto na utilização dos manuais quanto nas resistências dos movimentos sociais. Na construção de uma portaria como o Processo Transexualizador, evidenciamos que várias instituições e atores sociais estavam envolvidos para a institucionalização desse atendimento, articulados de forma conjunta tal qual um dispositivo.

Uma rede tece e relaciona diversos discursos de várias instituições e localidades diferentes para pensar um fenômeno que se põe como similar pela unificação na terminologia transexualidade. Nessa perspectiva utilizada, todas essas relações são situacionais, porém o que de fato as conecta é o poder, particularmente, o poder médico que se institucionaliza na sociedade capitalista enquanto saber legitimado e regulador de certas representações sociais. O poder se materializa nos corpos através dos discursos e das resistências, gerando as tensões, nos quais: em um momento a pessoa transexual é discursivamente enquadrada em um diagnóstico,

pelo poder do discurso médico, porém instrumentaliza a existência do diagnóstico para realizar as modificações corporais que anseia, como uma forma de resistência. Assim, Bento (2006) percebe a forma como as instituições médicas se relacionam com usuárias/os e vice-versa e como essas relações são marcadas por relações de poder. A autora, inclusive, identifica a mentira como um dos principais mecanismos de resistência por parte dos/as usuários/as entrevistados/as por ela:

A “capacidade potencial” do saber médico em decidir os rumos das vidas desses sujeitos se esvanece quando se observam os jogos e as estratégias de negociação implícitas que perpassam o cotidiano do/a “candidato/a” no hospital. Alguns dos mecanismos utilizados pelos/as transexuais para se posicionar nessa relação são: autoconstruir-se como vítimas, o silêncio e a essencialização de suas identidades por meio de uma narrativa que aponta para um “desde sempre me senti assim” e o “mentir”. (...) Quando chegam ao hospital, os/as “candidatos/as” têm em suas biografias relatos de várias estratégias de simulação que lhes possibilitam sobreviver nos campos sociais fundamentados na heteronormatividade, sendo o hospital mais um desses espaços. (...) O medo de serem descobertos por familiares, amigos, professores, de não conseguirem um emprego ou de não poderem manter uma relação amorosa propicia que sejam criados e desenvolvidos nos/as transexuais mecanismos de sobrevivência psíquica e social. (BENTO, 2006:62).

Nas entrevistas aqui realizadas não foram relatadas as mesmas experiências. Isso pode ter ocorrido dado o curto tempo de trabalho de campo e pela intimidade não ter sido longa o suficiente para que esses aspectos surgissem nas falas das/os entrevistadas/os. Outra possível explicação, talvez a mais plausível, esteja no caráter despatologizante do Espaço Trans onde não haveria a obrigatoriedade de um acompanhamento psicológico individual, nem se exigiria a realização de testes psicológicos para ingresso no sistema, tampouco a comprovação da transexualidade.

É possível que a abordagem despatologizante tenha tornado a estratégia vista por Bento (2006) menos utilitária, principalmente pelos/as entrevistados/as terem sido usuárias/os assíduos dos grupos. Como os grupos se colocam como espaços de diálogo e de discussão sobre diversos aspectos da vida, incluindo identidade de gênero, acredito que isso tenha influenciado o posicionamento aberto dos/as usuários/as entrevistados/as com relação às suas escolhas no tratamento e seus posicionamentos identitários.

A perspectiva despatologizante, adotada pelo Espaço Trans, é fundamental para pensarmos em uma transformação das experiências entre o espaço médico e a população trans. Outro ponto de diferenciação é que o trabalho de Bento (2006) foi realizado antes da construção da portaria do Processo Transexualizador. Naquele momento as articulações políticas da população trans no Brasil eram incipientes e lugares com uma proposta despatologizante e de atenção integrada

para essa população eram inexistentes. Então a autora aponta dificuldade em perceber a transexualidade como uma identidade política de fato, no sentido de ser um grupo que se organiza politicamente através da sua identidade. Para compreendermos como a ideia de identidade está posta nesse debate precisamos entender a partir de que reflexões estamos apreendendo o conceito de identidade.

O sociólogo Stuart Hall (2005) apresenta no seu trabalho, através da influência da teoria pós-estruturalista e dos estudos culturais, uma crítica ao processo de modernidade e globalização a partir da ótica da identidade. Segundo o autor, na década de 1990 há uma forte repercussão na teoria social sobre o que seria a identidade e como ela estaria se modificando a partir, principalmente, do mundo globalizado. Ele aponta a presença de um argumento predominante na discussão sobre identidade que seria: entender que as identidades tradicionais, que até então estabilizaram a lógica do mundo social, estariam em declínio e que novas identidades fragmentadas estariam ascendendo. Para o autor, o maior problema na crítica que postula uma crise das identidades é que toma as identidades como portadoras de uma essência, em um mundo onde as transformações e multiplicidades da vida social se intensificam pela pluralidade de culturas e informações cada vez mais conectáveis, por isso tomar as identidades como situacionais é necessário.

Para Stuart Hall (2000), “identidade” deve ser entendida como um ponto de encontro, de sutura, entre os discursos e as práticas que nos interpelam a ocupar posições como sujeitos sociais de discursos particulares. A evocação “Eu sou” ou “Eu não sou” relaciona-se a um campo discursivo prescritivo: exige que o emissor da sentença se explique e ponha em funcionamento as reiterações que o localizam em um fluxo contínuo de uma formação discursiva histórica e social. (BENTO, 2006:204)

Assim, para o autor as identidades são temporárias e atendem a um contexto arbitrário onde o sujeito se posiciona para se diferenciar discursivamente; por isso as identidades seriam instáveis e provisórias, só atendendo parcialmente a realidade. Por isso o autor sugere que o termo “identificação” melhor apreenderia a experiência social contemporânea. A identificação seria o processo de articulação que opera por meio das diferenças, um trabalho discursivo que delimita as fronteiras simbólicas entre o eu e o outro. Por isso para se consolidar necessita do que não está dentro da sua fronteira para se contrapor, o *exterior constitutivo*. Assim, o autor traz o debate de identidade para uma base teórica similar à argumentação trazida pela Butler (2000) no tópico anterior. As identificações revelam assim a formação do que seriam as identidades, sejam elas de gênero, racial, étnica, nacional, geracional, etc.

Pensando a transexualidade, a identidade “transexual” primeiro se dá a partir de um processo de medicalização das vivências da sexualidade e do gênero, formando o *dispositivo* da transexualidade onde várias instituições, principalmente o discurso médico científico, delineiam o discurso legítimo para se pensar o que seria o/a transexual. O ato de nomeação cria a própria identidade, já que antes nenhuma pessoa se atribuía essa nomenclatura. Não havia, até então, nenhuma identificação social com esse grupo “transexual”. Em um primeiro momento, transexualidade é uma categoria nosográfica que atribui essa terminologia para circunscrever vivências vistas como não “naturais” por uma lógica de inteligibilidade que se pauta em uma *matriz heterossexual/cisnormativa*. Com o passar dos anos, as pessoas ditas pela sociedade como transexuais passam a se identificar enquanto tal; há um processo de reconhecimento das experiências tanto pelo diagnóstico como pelo encontro com outras pessoas atribuídas ao rótulo.

A transexualidade converte-se em uma identidade política, na medida em que sujeitos trans reivindicam sua autonomia como em movimentos para despatologização, anunciam seu espaço na academia e na garantia de que sejam autoras/es das suas próprias narrativas como no movimento dos estudos transgêneros nos Estados Unidos. Além disso, há uma crescente ascensão de pensadoras/es transfeministas que trazem as identidades trans como importantes discursos para problematizar o feminismo e os estudos sobre gênero, tendo o nome da Prof<sup>a</sup> Dra. Jacqueline Gomes de Jesus como um grande destaque nos estudos transfeministas na academia brasileira.

Esse mesmo processo de conversão de uma identidade medicalizada para uma identidade social pode ser vista na trajetória das identidades homossexuais, que atualmente são identidades que se organizam politicamente enquanto gays e lésbicas no movimento LGBT. Michel Foucault (1994) aponta que o surgimento da nomenclatura “homossexual” se dá a partir do século XIX, até então as práticas sexuais com indivíduos do mesmo sexo biológico eram compreendidas sobre outras óticas, principalmente religiosas. Por exemplo o ato de sodomia, onde a atribuição pecaminosa se residia mais no ato de relação sexual por meio anal do que pelo gênero pelo o qual o desejo havia sido destinado.

Assim como a transexualidade, as vivências hoje compreendidas como homossexuais eram circunscritas à um diagnóstico, o de *homossexualismo*. O homossexualismo só foi retirado do DSM na sua terceira edição, quando há a inserção do transexualismo. Butler (2009) aponta que a patologização da transexualidade também é utilizada por conservadores como um meio de reforçar suas ideias conservadoras que visam até mesmo para retomada de uma “cura gay”. Já que nos anos de 1980, quando há a retirada do homossexualismo dos manuais de diagnóstico,

a população que era vista como homossexual se articula e se mobiliza politicamente para que fossem entendidos como identidades sociais e não acometidos por uma doença mental. Assim, atualmente há muita dificuldade para que propostas de patologização da homossexualidade sejam aceitas sem que haja uma movimentação política.

Portanto, o processo de medicalização da sexualidade e do gênero, abrange várias identidades. Atualmente a homossexualidade através da resignificação da população de gays e lésbicas, conseguiu ser despatologizada e pode ser vista como uma identidade de mobilização política. A transexualidade ainda se encontra sob o viés da patologização e demonstra dificuldades em se tornar uma identidade com forte mobilização política. Muito provavelmente, devido ao intenso processo de normalização vivenciado por essa população. Se identificar politicamente como homem trans ou mulher trans é um processo ainda muito recente historicamente, a própria designação por meio de diagnóstico ainda não completou um século.

Na corrente desse debate no próximo capítulo iremos aprofundar como as questões de gênero, identidade e transexualidade estão dispostas no contexto atual, tendo como cenário o Espaço Trans. Além disso, veremos como o Processo Transexualizador e suas diretrizes viabilizam a existência do Espaço e se articulam com uma visão política da despatologização. Iremos virar a questão e pensar como as experiências produzidas na relação entre profissionais, usuárias/os e o Processo Transexualizador podem trazer ideias importantes para revisar os pressupostos do Processo.

#### 4 DO ESPAÇO TRANS AO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR: GÊNERO, SAÚDE E TRANSFORMAÇÃO

No primeiro capítulo analisamos como o processo de medicalização das sexualidades e das vivências de gênero que não correspondiam a matriz heterossexual/cisnormativa se desenvolveu nos séculos XIX e XX, resultando na criação da nosografia “transexualismo” que instituiu a identidade medicalizada “transexual”. Assim, ao se nomear a experiência transexual não apenas se descrevia uma realidade como se criava a própria transexualidade como um *proferimento performativo*. Com isso, surge uma demanda por cirurgias de intervenção corporal para a “readequação” genital por parte da população que passa a se reconhecer no diagnóstico e se identificar como transexual.

Seguindo o movimento internacional, no Brasil em 1997, a partir de uma resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), as cirurgias de transgenitalização são legalizadas no país e são criadas diretrizes que normatizam as práticas médicas para esses procedimentos em território nacional. Porém, apenas em 2008 é lançada uma portaria que elabora uma política nacional abarcada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) garantindo um atendimento gratuito e com parâmetros que regulamentariam os hospitais e usuários/as seguindo os preceitos de universalidade da saúde estabelecidos constitucionalmente.

No capítulo dois podemos conhecer o Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans do Hospital das Clínicas (UFPE), espaço regulamentado pelo Ministério da Saúde<sup>59</sup> para oferecer o Processo Transexualizador em suas modalidades ambulatorial e hospitalar. A partir das vivências de campo e das/os usuárias/os relacionamos os referenciais teóricos, apontando para a necessidade de perceber como gênero, identidade e intervenções médicas se relacionam através das vivências no Processo Transexualizador pelas/os usuárias/os.

Neste capítulo procuramos analisar como os/as usuários/as compreendem o Processo Transexualizador e como suas experiências no Espaço Trans – HC(UFPE) podem contribuir para a construção de um atendimento despatologizante para a população trans. Como mencionado no capítulo anterior, o Espaço Trans adota um paradigma de despatologização das vivências trans, argumentando que o atendimento especializado a essa população deve ser feito a partir de suas demandas específicas e não de uma concepção de transexualidade enquanto doença mental. A partir da análise das experiências dos/as usuários/as poderá se refletir se é possível conceber uma relação entre as pessoas trans e o saber médico não marcada pela

---

<sup>59</sup> Sob a portaria de N° 2.803, de 19 de novembro de 2013.

patologização. Já que essa identidade surge de um processo de medicalização e que se constrói de forma relacional com a medicina, tanto buscando as demandas tecnológicas fornecidas por ela, quanto sendo marcada por ela. E atualmente visa se tornar uma voz realmente ouvida dentro do setor da saúde.

Através dos relatos em entrevistas, buscaremos analisar como os/as usuários/as utilizam o Espaço Trans, como o Espaço busca ser mais democrático e como há dificuldades em se consolidar a diretriz estabelecida pelo Processo Transexualizador, de que haja “integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas” (BRASIL, 2013), quando a própria política se estabelece ao redor das cirurgias e das demais intervenções.

#### **4.1 Intervenções corporais, identidade e uma política de saúde integral à população trans**

Compreendemos que os avanços científicos e as transformações históricas proporcionadas com o desenvolvimento do capitalismo possibilitaram um arranjo de relações sociais que acarretaram na forma como as vivências de gênero não lineares a matriz heterossexual/cisnormativa fossem lidas como experiências *transexuais*. Como apontado por Amaral (2011), o reconhecimento formal das experiências de gênero significadas como desviantes acontece no mesmo período em que há a separação entre os “sexos” físico e psicológico, conjuntamente com o avanço do saber biomédico e a geração das suas tecnologias. Para a autora, a patologização dessas vivências de gênero não lineares significa uma busca pela normatização via diagnóstico e adequação desses corpos, quanto mais próximo do linear, quanto mais “semelhante” aos corpos cisgêneros, mais aceitável.

Bento (2006) aponta haver uma dificuldade em perceber a identidade transexual como política. Para a autora, essa identidade é compreendida muitas vezes como uma categoria imposta pelo saber médico nos sujeitos que se utilizam do serviço especializado. Porém, ao realizar as cirurgias e intervenções corporais alguns desses sujeitos buscariam o apagamento da vivência transexual, se afastando de outras pessoas trans e se vendo como homens e mulheres cisgêneros.

Bento (2006) observou uma diferença entre os/as entrevistados/as nos hospitais de referência ao processo transexualizador do Brasil dos anos 2000, com aqueles/as que entrevistou nos movimentos sociais na Espanha, na qual os primeiros estariam mais suscetíveis a esconder suas identidades “não lineares” tanto no hospital quanto nos demais espaços,

havendo uma maior exigência de “passabilidade”. Passabilidade seria o termo utilizado entre a população trans para averiguar o nível de aceitação da expressão de gênero daquela pessoa se comparada à uma pessoa cisgênera; mais “passável” significaria ter uma performance mais próxima de uma mulher ou homem cisgêneros. E esse comportamento também era esperado pela equipe médica que só reconhecia a pessoa como um “verdadeiro transexual” se desejasse profundamente a invisibilidade na sociedade, ser “passado” despercebido. Logo, assumir a identidade transexual como bandeira política seria vista na ótica do saber biomédico como indicador de que essa pessoa seria “menos transexual”, isto é, menos apta para as intervenções.

Por outro lado, os/as militantes entrevistados/as por Bento (2006) na Espanha não se preocupavam tanto em estar com uma expressão de gênero tão passável, se posicionando de forma explícita enquanto pessoas trans. Na minha experiência com a pesquisa de campo, no Espaço Trans, muito provavelmente pela perspectiva despatologizante, não presenciei, por parte da equipe multidisciplinar, nenhuma restrição sobre as expressões de gênero dos/as usuários/as; pelo contrário, observei nos grupos que esse tema foi bastante discutido e apesar de alguns/mas usuários/as alegarem que após a cirurgia deixariam de ser trans e seriam pessoas cisgêneras, outros/as usuários/as rebatiam esses posicionamentos e mostravam utilizar a identidade trans como uma identidade política.

Além de haver, através do estímulo por parte das TRs, intensos debates sobre o que seria a transexualidade, gênero, homem ou mulher, trans ou cis, viabilizando um discurso mais plural sobre as possibilidades de se conceber o gênero, também em nenhum momento foi observado constrangimentos por parte das TRs em relação às expressões de gênero e auto identificações das/os usuárias/os. Foi observado na pesquisa de campo, uma usuária com identidade de gênero mulher utilizando roupas lidas como masculinas, com corte de cabelo comumente concebido como masculino e sua identidade como mulher trans não foi, em momento algum, questionada pelas profissionais. Porém nem sempre o mesmo ocorria entre as/os outras/os usuárias/os, havendo por parte de alguns/mas uma cobrança em relação àquelas/es que não estavam “passáveis”, tomando-as como “menos” mulher ou homem. Nesse caso, as pressões para a busca de um corpo “passável”, mais adequado aos modelos hegemônicos de feminilidade e masculinidade, estavam mais presentes entre os/as próprios/as usuários/as.

Nesse sentido, observamos na pesquisa de campo que nos momentos de sociabilidade entre pessoas trans no Espaço, principalmente nos grupos, discursos voltados para uma cobrança de uma performatividade de gênero condizente com os parâmetros hegemônicos de feminino e masculino, se deu entre os/as próprios/as usuários/as. Evidenciando que nem sempre as relações

de poder partem simplesmente de relações assimétricas, como por exemplo entre o saber médico e os pacientes, mas também, nesse caso principalmente, entre os pares. Se concebemos a inteligibilidade do gênero através de uma matriz heterossexual/cisnormativa, compreendemos que na busca de legitimar seus corpos e suas identidades, as próprias pessoas que se encontram oprimidas pelas representações sociais hegemônicas de gênero, reforçam as regras naqueles que estão ainda mais destoantes. Se constrói um limite daquilo que eu sou e do que não sou, a passabilidade reforça os estereótipos do gênero que estou performando enquanto me distancia do gênero que busco negar.

Devemos salientar que evidenciar os processos nos quais a medicalização da transexualidade emerge, conjuntamente com o avanço das tecnologias cirúrgicas que atendem a uma busca para se alcançar corpos lineares a partir de uma matriz heterossexual/cisnormativa, não anula a importância do acesso da população trans aos serviços e tecnologias de intervenção que desejam. Ao contrário, acreditamos que perceber como as relações se estabelecem entre as pessoas transexuais e os saberes biomédicos nos possibilita a reivindicação para que haja uma transformação da saúde que garanta um acesso gratuito, não patologizante e que respeite as decisões dos/as usuários/as na construção dos seus tratamentos. Tendo dito isso, apesar das limitações estruturais enfrentadas pelo Espaço Trans, como a falta de médicos/as parceiros/as, pouco espaço físico, pouco tempo para uso do bloco cirúrgico, alta demanda e nenhuma possibilidade de expansão do serviço, etc; o espaço, ao se posicionar com uma visão despatologizante transforma o atendimento oferecido para essa população.

O Processo Transexualizador, tal como regulamentado no Brasil, postula que as cirurgias não são centrais para a construção do tratamento. Entretanto, na prática do Espaço Trans, lembrando que atualmente é o único centro de referência do Norte e Nordeste do Brasil que atende na modalidade hospitalar (ou seja, que pode realizar cirurgias), as cirurgias ainda são centrais para as/os usuárias/os na construção do seu tratamento. Das/os seis usuárias/os entrevistadas/os nessa pesquisa apenas uma relatou que no momento da entrevista não desejava cirurgia de transgenitalização ou de modificação de fenótipos secundários de gênero, mas apenas realizar a rinoplastia por se incomodar com o seu nariz. Mesmo assim, ela afirmou que mudou seu pensamento sobre a cirurgia ao longo do tempo no Espaço, principalmente a partir das transformações da hormonioterapia e dos debates nos grupos.

De forma geral, as cirurgias são concebidas como elemento central para realização pessoal e para a construção da identidade de gênero de pessoas trans. As TRs acreditam ser importante debater as implicações desses procedimentos nos grupos, instruindo sobre como elas afetam o

corpo e também debatendo sobre como gênero é percebido na nossa sociedade. Nas discussões que presenciei ocorreram em diversos momentos provocações para incitar o que seria ser trans e o que seria ser mulher ou homem. Nesses debates alguns/mas usuários/as apontaram sobre como acreditar que a transfobia cessaria com a cirurgia seria um grande erro. Como no relato abaixo:

*“E eu já vi gente às vezes que chega aqui até pra fazer cirurgia quer que tenha aquele estereótipo perfeito principalmente no caso das meninas tem que ter aquela coisa, tem que ser ... é passável, tem que ter não sei o quê e fica criticando a outra se ela não tiver nome [nome social ou retificado correspondente ao gênero que performa], e desde quando a cirurgia vai mudar alguma coisa na vida desse ser humano? que a cirurgia vai tá lá entre as tuas pernas, escondida na tua roupa, ninguém vai tá vendo na tua cara, isso não vai mudar a transfobia que tu sofre.” (Entrevista com Rodrigo 14/08/2017)*

A partir do momento que buscamos compreender o processo histórico no qual emerge a transexualidade e a relação estabelecida com a medicina, entendemos como as cirurgias adquiriram um significado de “adequação”; dessa forma, para muitas pessoas as intervenções cirúrgicas diminuiriam a situação de abjeção que a não linearidade entre genitália e identidade de gênero representaria para a nossa sociedade. Entretanto, percebi no Espaço Trans uma tentativa discursiva de perceber a cirurgia como mais uma modificação corporal para a busca de um bem-estar pessoal com sua identidade de gênero, tentando desconstruir a ideia de que a cirurgia, por si só, seria a solução contra a transfobia e a legitimação da feminilidade ou da masculinidade.

Mesmo após a cirurgia a violência e a discriminação continuarão presentes na sociedade pois a mesma ainda não teria modificado a forma como atribui inteligibilidade aos corpos. Porém, as cirurgias são importantes para quem as deseja e ainda possui um peso para a facilitação de acesso à retificação do nome nos registros civis (apesar de haver uma pressão para que a retificação não seja mais vinculada à modificação cirúrgica, a decisão depende ainda do posicionamento dos/as juízes/as) e na inserção social.

Uma das hipóteses de trabalho é a de que a transexualidade seria uma identidade social que está em uma relação direta com as possibilidades tecnológicas propiciadas pelos saberes biomédicos; dessa forma, esses saberes limitam e condicionam as expectativas das pessoas trans com relação aos seus corpos, as suas identidades e seus posicionamentos perante a sociedade. Por isso, nas entrevistas, houve uma tentativa de evidenciar quais seriam os significados

atribuídos pelas/os usuárias/os às cirurgias. Um dos significados apresentados foi o **cotidiano**, isto é, as cirurgias são concebidas como facilitadoras no dia-a-dia, tal como apresentado nesse relato:

*“(...)eu penso em fazer a cirurgia por uma questão... de **dia-a-dia**, uma questão prática do **dia-a-dia** que do jeito que eu tô me dificulta, por exemplo ir à praia, vestir uma roupa íntima, nem todas eu posso usar, então é essa a minha questão de querer fazer a cirurgia. (...) As pessoas chegam com uma expectativa diferente do que vai ter e eu procuro chegar com uma expectativa mais real possível, acho que esse é o segredo pra você não se arrepende da cirurgia, porque tem gente que... quer fazer cirurgia pra ser mulher, eu acho que esse não é o ponto... esse era meu caso antigamente, eu queria fazer a cirurgia pra ser mulher, vamos dizer assim, quando eu fizesse pronto, agora é uma mulher e não é esse o ponto... E hoje em dia eu me sinto feminina, a cirurgia pra mim é só um detalhe . [Como é pra você se sentir mulher?] Pra mim me sentir mulher é ... me sentir feminina, me sentir é... como é que eu vou dizer... é feminina, pra mim é isso, eu sei que não é bem isso, que tem muitas mulheres que não são femininas, mas pra mim pessoalmente é. Quando eu me sinto feminina, para mim é isso.”*  
(Entrevista com Luiza 25/08/2017)

Para algumas mulheres trans e travestis que desejam realizar a cirurgia de transgenitalização ela se apresenta como uma facilitadora na manutenção da expressão de gênero feminina, já que muitas precisam esconder o pênis e o testículo para que não marquem as roupas e sua expressão de gênero esteja mais próxima do ideal de um corpo feminino. Assim, ao realizar a neocolpovulvoplastia não haveria marcação nas roupas e se sentiriam mais à vontade para utilizar determinadas peças de vestuário, como o biquíni. Além disso, para algumas o ato de esconder o pênis e o testículo pode ser bastante doloroso e na forma como a sociedade atualmente significa os corpos generificados, uma pessoa que deseja ser vista como mulher e é nitidamente visível a presença do pênis ou do testículo se torna mais passível de violência, piadas, humilhação, entre outras formas de violência física e psicológica. Dessa forma, a cirurgia pode significar uma facilidade para o cotidiano devido às expectativas sociais de linearidade estabelecidas para os corpos sexuados/generificados.

Esse mesmo aspecto de praticidade aparece nos relatos dos homens trans, principalmente no que diz respeito à mastectomia. Na nossa sociedade os seios são fortes marcadores da feminilidade; muitos homens trans que realizam o tratamento hormonal atingem a tão comentada “passabilidade”, aparentando uma expressão masculina que atende as expectativas sociais, porém as mamas evidenciariam a não linearidade entre corpo e gênero. Com isso alguns

homens trans utilizam o “*binder*”, que consiste em um tipo de colete que pressiona e achata os seios, ao colocar uma camisa por cima os seios deixam de ser aparentes, garantindo a imagem masculina desejada. Todavia, o *binder* realiza uma pressão física acarretando em desconforto, machucando as mamas, além de resultar em outros males como a falta de ar, dores nas costas, etc. Além disso, homens trans com seios grandes acabam tendo mais dificuldades em eliminar esse marcador no dia-a-dia. Por isso, a mastectomia também é significada como uma melhoria para o cotidiano, já que na nossa sociedade um homem com seios é mais passível de violência física e psicológica.

Além da questão do **cotidiano**, também foi percebido nas entrevistas que as cirurgias são significadas como **realização**. Elas aparecem nos relatos como uma forma de se sentir melhor consigo mesmo, um objetivo alcançado para atender ao próprio bem-estar, como se ao realizá-las estivesse alcançando a imagem de si que sempre quiseram projetar. Como no relato abaixo:

“[O que significa para você essas intervenções?] *Eu me sentiria assim de certa forma realizado, apesar de que não é as cirurgias que vai dizer o que você é realmente, vai te ajudar a você se olhar no espelho e ver "poxa era isso que eu queria", isso vai te ajudar mas não vai ser a solução para os seus problemas, (...) se tivesse um sistema de saúde melhor, a gente poderia até conseguir [a neofaloplastia]*” (Entrevista com Pedro 17/08/2017)

Apenas uma das pessoas entrevistadas já havia realizado uma cirurgia relacionada ao Processo Transexualizador (Rodrigo); ainda assim, como dito no capítulo anterior, sua cirurgia foi realizada em outro hospital. Quando questionado sobre como estava sendo a sensação com relação às mamas após a mastectomia, ele relatou que:

“*sim mudei o nome, beleza, mas a questão não é só o nome, eu não me sinto confortável com o meu corpo. Tanto é que depois que eu fiz a cirurgia tem até uma amiga minha que fica abusando de mim que ela diz "Bicho tu fizesse essa cirurgia do peito ou tomasse algum remédio de safadeza?" (risos) porque eu tô mais livre, apesar de que eu sei que ainda tenho que fazer a segunda parte e não sei o quê, mas tirou um peso.*” (Entrevista com Rodrigo 14/08/2017)

Quando menciona a segunda parte da cirurgia, Rodrigo refere-se à forma como o médico realizou o procedimento cirúrgico: na “primeira” parte, o médico fez uma retirada parcial da gordura e da mama e dependendo do resultado do pós-operatório seria visto se haveria a necessidade de uma segunda intervenção. Entretanto, os resultados já estavam se mostrando

satisfatórios e só havia se passado um mês da cirurgia quando ocorreu a entrevista. Entretanto, Rodrigo relatou que na construção da identidade de homem trans ele percebe que há entre ele e os seus amigos uma certa paranoia em demonstrar uma perfeição na expressão do gênero que se identifica.

*“Só que enquanto homem trans, os homens trans parecem que querem uma perfeição e parece que até as mulheres trans cobram, que querem que a gente esteja naquele estereótipo malhado, tem menina que chega pra mim e faz “tu se aceita muito” eu digo “eu vou fazer o quê? eu vou me matar?”, eu digo “eu tenho que aprender a conviver com o que eu tenho, eu tento adaptar aquilo que eu sei que tem como adaptar, agora aquilo que não tem eu vou fazer o quê?” (...) as pessoas têm um pensamento muito resumido, porque é homem se é homem não pode ser penetrado, tem que ter algo pra penetrar e não pode ficar com mulher trans ou travesti, é um pensamento totalmente resumido, as pessoas têm mania de misturar prática sexual, com orientação, com identidade de gênero, como eu uso a minha buceta é problema meu e da pessoa que eu estiver, não interessa a mais ninguém.” (Entrevista com Rodrigo 14/08/2017)*

A identidade, como apontado por Hall (2005), seria esse ponto de encontro entre os discursos e as práticas que nos move a ocupar determinados posicionamentos enquanto sujeitos sociais produtores e reprodutores de discursos. Assim, ao construir uma identidade feminina ou masculina somos interpelados a nos posicionar a partir de um campo discursivo já estabelecido e para isso precisamos sempre reiterar a nossa posição discursivamente para que possamos ser lidos por uma determinada linguagem que acreditamos ser “quem somos”. Nas transidentidades há uma exigência ainda maior para que o indivíduo se estabeleça na posição de gênero que se identifica e busca ser reconhecido socialmente, pois, por não seguir a expectativa linear entre genitália e gênero (macho-masculino; fêmea-feminina) há um maior peso para que os corpos provem e reiterem esse pertencimento.

Ao mesmo tempo, a cobrança para se estar “120% feminina ou masculino” condiciona e limita os sujeitos fazendo com que se adequem as expectativas esperadas. Essas, por sua vez, nunca serão plenamente supridas e a sociedade permanecerá cobrando sempre algo a mais; a qualquer “deslize”, a pessoa trans já poderá ser rotulada/o como menos ou mais homem ou mulher. Isso demonstraria a não essencialidade do gênero, já que não há uma garantia do que define um comportamento, uma expressão, como puramente pertences a um determinado gênero. O que acontece é que há uma essencialização social das genitálias, que torna mais ou menos permissivas certas expressões de gênero para certos corpos. Na prática, as identidades

de gênero se mantêm através da performatividade de gênero, isto é, atos reiterados da linguagem generificada, que se materializam nos objetos, nas roupas, nas expressões dos corpos, nas intervenções corporais, etc.

Tendo dito isso, trago o terceiro significado atribuído pelos/as entrevistados/as às cirurgias: a cirurgia concebida como **adequação**. Percebendo a matriz heterossexual/cisnormativa como estruturante na forma como damos sentido às realidades entendemos que o termo adequar está diretamente relacionado com essa prerrogativa. Através dessa lógica, o corpo trans é cobrado a atender as expectativas postas por uma sociedade que só humaniza os corpos cisgêneros. Assim, seu corpo, ao se adequar, estaria mais próximo de um corpo inteligível e estes pensamentos estariam diretamente relacionados com a construção discursiva patologizante que concebe o próprio significado da pessoa transexual. Portanto, podemos perceber essa utilização nos relatos abaixo:

*“(...) somos pessoas que apenas estamos tentando **adequar** o corpo à mente, eu nasci homem, infelizmente eu nasci com, biologicamente falando, com um corpo feminino, porém na minha mente eu sou um homem, o que eu faço hoje é tentar adequar meu corpo com a minha mente, mas, no entanto, eu não sou doente.”* (Entrevista com Pedro 17/08/2017)

*“(...) somos pessoas que nascemos transexuais e travestis que estamos só fazendo nossa **adequação** com o nosso corpo, de acordo com o nosso gênero. E tem pessoas transexuais, que não precisam nem tomar, nem sentem a necessidade de fazer tratamento hormonal e cirurgias, que essa é uma autoafirmação como homem ou como mulher já é suficiente para eles.”* (Entrevista com Marina 26/07/2017)

A **adequação** é percebida como uma contraposição à ideia de doença mental, entretanto podemos perceber, através do que foi explanado nesse trabalho, que foi o discurso patologizante das vivências de gênero não lineares com a matriz heterossexual/cisnormativa que promoveu e promove a necessidade de **adequação**. A adequação seria a garantia de uma possível normalização dessas experiências concebidas como “dissidentes”. O problema não está no desejo de procurar **adequar** seu corpo para que seja inteligível; o problema reside quando se adequar se torna, discursivamente e materialmente, a única garantia para que o sujeito seja visto como humano. “Adequar” nosso corpo de acordo com “nosso” gênero faz parte de uma ação interminável, pois:

O gênero não deve ser construído como uma identidade estável ou um *locus* de ação do qual decorrem vários atos; em vez disso, o gênero é uma identidade tenuamente constituída no tempo, instituído num espaço externo por meio de uma *repetição estilizada de atos*. O efeito do gênero se produz pela estilização do corpo e deve ser entendido, conseqüentemente, como a forma corriqueira pela qual os gestos, movimentos e estilos corporais de vários tipos constituem a ilusão de um eu permanente marcado pelo gênero. (...) Significativamente, se o gênero é instituído mediante atos internamente descontínuos, então a *aparência de substância* é precisamente isso, uma identidade construída, uma realização *performativa* em que a plateia social mundana, incluindo os próprios atores, passa a acreditar, exercendo-a sob uma forma de crença. (BUTLER, 2008:200).

Dessa maneira, segundo Butler (2004), o gênero pode ser compreendido como um tipo de ação. No decorrer do Processo Transexualizador vivido pelas/os usuárias/os do Espaço Trans evidenciamos esse aspecto do gênero como uma atividade repetitiva e incessante, através da necessidade de afirmar sua identidade de gênero trans nos dois anos mínimos exigidos para que se possa realizar as cirurgias que materializam a realização performativa do gênero que se incide como discurso. Porém, essa ação de se fazer gênero é contínua para todos os sujeitos na sociedade e em todos os espaços; como afirmado pela autora, é um processo que acontece em parte sem o conhecimento e sem a vontade dos sujeitos de o fazê-lo, porém isso não põe o gênero em um ato automático ou mecânico. (BUTLER, 2004). Na verdade, para a autora, a performatividade do gênero seria o ao contrário disso, seria:

(...) uma prática de improvisação dentro de uma cena de restrição. (...) não se “faz” o gênero sozinho. Alguém está sempre “fazendo” com ou para o outro, mesmo que o outro seja imaginário. O que eu chamo de meu “próprio” gênero aparece talvez algumas vezes como algo criado por mim ou, de fato, próprio. Mas os termos que compõem o próprio gênero são, desde o início, fora de si mesmo, além de si mesmo em uma sociabilidade que não tem um único autor (e que contesta radicalmente a noção de autoria). (BUTLER, 2004:1, tradução nossa)<sup>60</sup>.

Assim, a construção do gênero nas vivências da transexualidade por meio do Processo Transexualizador não pode ser vista apenas como uma ação individualizante de cada sujeito que procura ali construir no seu corpo a identidade de gênero pela qual deseja ser reconhecido. Pois o gênero é relacional; é por meio das estruturas sociais, das práticas, dos discursos e da linguagem que compartilhamos enquanto sociedade que construímos as representações que significamos como pertencentes ao gênero. Diante da histórica relação entre a transexualidade e os saberes biomédicos, o gênero dentro do Processo Transexualizador se faz em conjunto com

---

<sup>60</sup> Texto original: “(...) it is a practice of improvisation within a scene of constraint. (...) one does not “do” one’s gender alone. One is always “doing” with or for another, even if the other is only imaginary. What I call my “own” gender appears perhaps at times as something that I author or, indeed, own. But the terms that make up one’s own gender are, from the start, outside oneself, beyond oneself in a sociality that has no single author (and that radically contests the notion of authorship itself).” (BUTLER, 2004:1).

o avanço tecnológico, com as concepções de gênero ideais da sociedade naquele tempo e espaço, a normalização e a adequação de corpos e vivências, como também o próprio desejo de construção do *eu* das pessoas que buscam o Espaço.

As intervenções corporais, sejam elas realizadas por meio de cirurgias ou hormonização, são técnicas construídas exteriormente aos indivíduos, por meio de uma cultura exterior a eles. Porém, na busca pela construção do “próprio” gênero, eles atuam no interior desses sujeitos, fazendo parte da construção de suas identidades; são apropriadas pelos corpos e discursivamente se materializam neles, passando a ser o interior e não apenas exterior. Por isso afirmamos que é imprescindível para a compreensão das identidades de gênero concebermos a posição relacional entre os sujeitos e as tecnologias e os artefatos; pois mesmo que surjam no espaço exterior ao sujeito, na relação formada entre sujeito-artefato, por exemplo sujeito-prótese mamária, há uma incorporação do exterior ao interior. Como apontado por Donna Haraway (1994), com o avanço das novas tecnologias as fronteiras entre o natural e o construído entram em colapso. Dessa forma, por que uma vagina construída seria menos vagina que a “natural”? As intervenções corporais corroboram para se pensar a artificialidade na qual o gênero se insere, já que aquilo que sempre foi concebido como naturalmente feminino ou masculino se mostra como passível de transformação.

A partir do que foi exposto ao longo desse tópico, percebemos que as cirurgias foram concebidas a partir das entrevistas sob três aspectos: cotidiano, realização e adequação. Os três pontos são correlacionados e versam sobre as formas culturais de se interpretar o gênero, compreendendo que as identidades são situacionais e se relacionam com o interior e o exterior dos sujeitos. Compreendemos que as intervenções corporais não se apresentam apenas como exteriores aos sujeitos, mas os constituem e fazem parte de uma linguagem temporalmente circunscrita sobre gênero e os saberes.

Diante de tudo que foi exposto, acreditamos na necessidade de se pensar um Processo Transexualizador para além das intervenções cirúrgicas, pois mesmo elas sendo fundamentais na busca pelo serviço e na construção das identidades de gênero, as vivências dos/as usuários/as são múltiplas e assim como suas demandas, não podem ser resumidas a apenas esse aspecto como garantia de saúde. No próximo tópico, iremos abordar a relação entre o paradigma despatologizante do Espaço e um pensamento mais democrático para o âmbito da saúde pública.

#### 4.2 Pensamento despatologizante e a construção de um serviço de saúde democrático

No capítulo dois, apresentamos que o movimento de despatologização das identidades trans se intensifica com a campanha *Stop Trans Pathologization 2012*. A campanha surge nos Estados Unidos e ganha força internacional, tornando-se uma Rede Internacional de Despatologização Trans. (AMARAL, 2011). Porém, a mobilização para formação de um pensamento despatologizante se inicia ainda na década de 1990, através da inserção do debate por acadêmicas/os transgêneros nas universidades dos Estados Unidos e da Europa. Segundo Amaral (2011), são formuladas três críticas principais ao movimento de despatologização das identidades trans.

A primeira crítica ao movimento pela despatologização seria direcionada aos efeitos que ocorreriam com a desclassificação da transexualidade como um transtorno mental sobre os sujeitos que se identificam com esse diagnóstico. Segundo a autora, durante a década de 1980 muitos ativistas conquistaram o reconhecimento de suas vivências como transexuais por meio da nosografia médica psiquiátrica. Para eles e demais transexuais que formam sua identidade através do diagnóstico, a patologização da transexualidade é fundamental para a sua compreensão de si e identificação social. Por isso, a despatologização significaria uma perda para o peso do sofrimento que vivenciam, sendo mais uma barreira para a luta contra as discriminações sociais, já que o caráter de doença desresponsabilizaria os sujeitos perante a vivência não linear com a matriz heterossexual/cisnormativa perante a sociedade. (AMARAL, 2011).

O segundo argumento, elencado pela autora, de crítica à proposta despatologizante, é a de que esta consistiria em uma proposta elitista e autoritária formulada por acadêmicos/as e pessoas que não necessitariam ou não desejariam realizar as modificações corporais viabilizadas pelo diagnóstico. Assim, a despatologização seria vista como conveniente para aqueles/as que pertencem a uma camada privilegiada da população trans e cis, pessoas que teriam acesso aos direitos fundamentais, portanto, seria discriminatório com aqueles que não possuem acesso à saúde, que vivem em situação de vulnerabilidade e exposição à extrema violência. (AMARAL, 2011).

A terceira crítica à proposta despatologizante da transexualidade, seria a de que esta ofereceria maiores riscos de perda de direitos ao acesso à assistência médica por parte da população trans. Muitas pessoas trans acreditam que só recebem um atendimento especializado devido ao diagnóstico de Transexualismo, ou Transtorno de Identidade de Gênero, ou Disforia de Gênero. Assim, a despatologização acaba sendo uma ameaça ao acesso à saúde e à cidadania.

Todos os três pontos são válidos e demonstram a complexidade da questão. Entretanto os grupos favoráveis a despatologização rebatem tais críticas argumentando que a defesa da retirada da transexualidade dos manuais de diagnóstico não deve ser concebida como uma rejeição das conquistas até então alcançadas pela população trans. Além disso, o movimento de despatologização é favorável às intervenções corporais, porém acredita que elas não devam ser tomadas como medidas curativas, não podendo ser discursivamente propostas pelos/as profissionais da saúde como forma de tratamento para curar a transexualidade. As intervenções corporais precisam ser vistas como atenção especializadas para pessoas que as buscam para construção de suas identidades, não como única forma de se vivenciar a transexualidade. (AMARAL, 2011).

#### *4.2.1 A Rede Internacional de Despatologização Trans e uma proposta de atendimento à saúde despatologizante*

A Rede Internacional de Despatologização Trans (RIDT) na sua página<sup>61</sup> apresenta seu manifesto e suas diretrizes para um atendimento de saúde despatologizante e integrado para a população trans. Para isso, elenca sete pontos que seriam fundamentais para uma atenção à saúde trans. Esses pontos serão discriminados adiante e podemos perceber a presença deles no posicionamento do Espaço Trans em relação à sua proposta de acolhimento e cuidado despatologizante. O primeiro ponto estabelece que o objetivo principal para um projeto de atenção à saúde da população trans deveria ser a garantia de uma qualidade de vida do sujeito, construindo intervenções pautadas na melhoria do estado físico, psíquico e social. (AMARAL, 2011).

Tradicionalmente, o modelo patologizante aponta que as vivências de gênero não lineares com a matriz heterossexual/cisnormativa seriam um problema passível de intervenção. O próprio sofrimento relatado por essas vivências é visto como um diagnóstico para enquadramento do sujeito em um transtorno de ordem mental. Porém, no momento de construção do diagnóstico não foi problematizado como as violências físicas, psicológicas e simbólicas, vivenciadas por aqueles/as que buscam uma identidade de gênero não linear à matriz heterossexual/cisnormativa, propiciam o surgimento de relatos marcados por sofrimento, angústia, ansiedade, depressão.

---

<sup>61</sup> Vide: <http://www.stp2012.info/old/pt/manifesto>. Acesso em: 11 jan. 2018.

O segundo ponto defende que a perspectiva despatologizante propiciaria um modelo de assistência mais integrado e adequado às demandas de população trans. A retirada da perspectiva de transtorno mental possibilita um reconhecimento de que a transexualidade seria uma das experiências de gênero possíveis, dentro de uma sociedade diversa e de múltiplas vivências da vida humana. Assim, a transexualidade não precisaria ser curada por cirurgias e pelas psicoterapias; estas deveriam servir como suporte às vivências dos sujeitos. Esse argumento aparece na resolução CFP 01/2018, publicada no dia 29 de janeiro de 2018, onde o Conselho Federal de Psicologia (CFP) informa que a terapia não pode visar a cura da transexualidade e defende as vivências múltiplas do gênero<sup>62</sup>.

O terceiro ponto compreende que despatologizar as vivências trans não significa a exclusão dos procedimentos médicos ou de qualquer tipo de acompanhamento por profissionais da saúde, mas sim a retirada do aspecto biomédico que visa a adequação e correção dos corpos, para pensá-las como técnicas médicas e de terapias psicológicas que buscam dar suporte para aqueles/as que as buscam. (AMARAL, 2011).

O quarto aspecto aponta para a necessidade de se desvincular a intersexualidade de um diagnóstico prévio para o desejo de modificação corporal, pois essa prerrogativa tanto acabaria por essencializar um sexo natural verdadeiro que poderia estar escondido naquele desejo de transicionar para um outro gênero que não o estabelecido no nascimento, como imporia à intersexualidade a obrigatoriedade para normatização dos seus corpos visando um gênero único e inteligível.

A quinta proposta parte da ideia de que a promoção e o respeito à autonomia das pessoas trans devem ser prioridade nas assistências médicas à população. Para isso propõe a utilização do termo acompanhamento, por tomar o/a usuário/a do atendimento como aquele/a que decide quais caminhos irá percorrer no seu tratamento; neste sentido, a equipe de saúde o/a acompanha nessa trajetória. Esse/a profissional precisa compartilhar esses momentos de descoberta e escolha para o tratamento com o sujeito, incentivando uma postura crítica diante das categorias patologizante e da forma como o gênero é construído na nossa sociedade, priorizando o bem-estar do/a usuário/a. (AMARAL, 2011).

O sexto ponto sugere que esse acompanhamento não pode tomar como objetivo único e principal as intervenções corporais, tanto a terapia hormonal como as cirurgias. É proposto que o profissional tem o dever de apoiar o processo de construção subjetiva do/a usuário/a,

---

<sup>62</sup> Vide: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolucao-CFP-01-2018.pdf>>, acesso em: 29 jan. 2018.

mostrando que as vivências trans são múltiplas e que é uma das possibilidades de identificação. Nesse ponto, percebemos como a portaria N° 2.803/2013, que regula atualmente o Processo Transexualizador, já se configura a partir de uma influência dos movimentos de despatologização, por determinar que as cirurgias e as demais intervenções não podem ser tomadas como objetivo central no tratamento oferecido pelos centros de referência.

O último ponto, definido pelo manifesto pela despatologização da transexualidade estabelece que uma vez que o tratamento especializado à população trans não deve ser pautado em um diagnóstico, logo as consultas obrigatórias com psiquiatras devem ser dispensadas. Pois, se o dever do/a profissional é de acompanhar e auxiliar nas demandas psicológicas e sociais do/a usuário/a, profissionais como psicólogos/as e psicoterapeutas seriam suficientes para lidar com esses aspectos. Para isso os/as profissionais precisam estar atualizados com os debates sobre gênero e despatologização das trans identidades. (AMARAL, 2011).

#### 4.2.2 *O Espaço Trans, o discurso despatologizante e propostas democráticas*

A partir dos pontos levantados pela Rede Internacional de Despatologização Trans podemos perceber como o Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans do Hospital das Clínicas da UFPE traz uma proposta de atendimento com aspectos similares ao proposto pelo movimento. O Espaço Trans visa tanto a garantia de uma qualidade de vida do sujeito, construindo intervenções pautadas na melhoria do estado físico, psíquico e social, quanto não trata as cirurgias e as demais intervenções corporais como centrais e exclusivas para a oferta de tratamento.

Além disso, como mencionado no capítulo dois, o Espaço utiliza o termo “acompanhamento” para sua proposta de atenção à saúde, compreendendo que os/as usuários/as é que devem decidir a trajetória do seu tratamento dentro do Espaço, sendo auxiliados pelas Técnicas de Referências. Essas profissionais, de maior destaque no cotidiano, não são oriundas das carreiras médicas e primeiramente todos/as os/as usuários/as passam por um primeiro contato com elas, informam suas demandas e são encaminhados, inclusive a psiquiatria só pode ser encaminhada após sessões com alguma das psicólogas.

Outro ponto que demonstra como a proposta despatologizante do Espaço está em direta relação com o movimento e com as produções acadêmicas sobre o debate, é que as profissionais estão sempre se atualizando sobre as temáticas de gênero, transexualidade e despatologização. No período em que realizei a pesquisa de campo, tanto as psicólogas quanto as assistentes sociais frequentaram algum tipo de evento, aula de pós-graduação, formação profissional,

fóruns, audiências públicas, etc; buscando estar integradas nos debates políticos e acadêmicos que versam o Espaço Trans.

Complementando o caráter de acompanhamento proposto pelo Espaço Trans, os grupos representam outro espaço de garantia para fomentação de um discurso despatologizante, pois além de eles terem sido criados em contraposição à tradicional intervenção médica que obrigava as consultas com psicólogos/as e psiquiatras e a realização de testes psíquicos e cognitivos, abolidos no Espaço, eles funcionam como espaços para estimulação de um pensamento crítico das/os usuárias/os que são acompanhados pelo Espaço, incentivando debates sobre a transexualidade, sobre gênero, entre outros temas.

O Espaço Trans é compreendido como um centro de referência após ser submetido por uma avaliação determinadas pela portaria Nº 2.803/2013, normativa mais recente que regulariza o Processo Transexualizador no Brasil. Essa portaria, apesar de ser mais abrangente e prever a auto identificação da população trans, ainda está vinculada ao diagnóstico presente na CID 10 o “F64.0 Transexualismo” para garantir o atendimento gratuito. Entretanto, a perspectiva de tratamento proposta pelo Espaço Trans demonstra que essa limitação não pode tolher as práticas das/os profissionais e nem o modelo assistencial proposto pelo centro de referência, mostrando que é possível oferecer um acompanhamento despatologizante. Através das falas das/os entrevistadas/os podemos perceber como a despatologização se apresenta nas suas percepções:

*“Eu acho que a despatologização é essencial, para começar até aos poucos a mostrar para a população que a gente não é louca. (...) nós pessoas assim, entendeu? Não há uma regra para todos. [N]a transexualidade não existe nenhuma regra, a única regra é “sou mulher, sou um homem”, que não deveria seguir esse padrão binário da sociedade problemática que existe nas nossas vidas né? A gente tem que tá desconstruindo constantemente essas questões, do que é ser travesti, do que é ser transexual, somos mulheres e homens independente de qualquer coisa, independente da genitália.”*  
(Entrevista com Marina 26/07/2017)

*“(...) quando a gente fala da despatologização, porque assim quando você trata isso como doença você agrava o impacto social disso, só aumenta a pressão, mas não tem como você desvincular por completo por causa realmente da questão da disforia, porque você realmente precisa de um acompanhamento, mas aí se você for patologizar isso por causa do acompanhamento, então tudo que a gente vive hoje a gente vive uma patologização, porque todo mundo precisa do acompanhamento. (...) se você for ver tipo tudo vai se encaixar em um CID diferente, vai acabar todo mundo indo para um psiquiatra, mas como são motivos diferentes (...), mas são motivos que a própria*

*sociedade aplica né. Até porque eu acho que essa questão de doença traz a maioria das coisas que a gente vive e que a gente tem é imposta pela própria sociedade né são pesos e estigmas que a sociedade traz.”* (Entrevista com Júlio 11/08/2017)

*[O que tu pensas sobre a despatologização?] Assim é uma corrente, isso aí é uma corrente, é você começar a enxergar isso como inerente a natureza humana, eu nasci gente, eu nasci humano, eu nasci com alma, o que que eu vou me transformar depende do que eu nasci, como minha alma, como minha alma se vê, não é algo que é um distúrbio, uma doença (...) a corrente é despatologizar a parte do transexual.* (Entrevista com Diana 31/07/2017)

O pensamento despatologizante aparece nas falas dos/as usuários/as, que frequentam assiduamente os grupos do Espaço Trans, como uma perspectiva necessária e positiva. Acreditamos que a participação nos debates e o incitamento à um pensamento despatologizante, proporcionado pelas TRs, aparecem refletidos nesses posicionamentos. Refletindo a partir das diretrizes norteadoras do Sistema Único de Saúde (SUS), podemos perceber que a perspectiva despatologizante não seria de modo algum contraditória com as normativas estabelecidas.

O SUS foi criado a partir da Constituição Federal de 1988, visando uma assistência à saúde da população brasileira sob bases democráticas e inclusivas. A partir dessa regulamentação, o atendimento público e gratuito à saúde tornou-se obrigatório no Estado brasileiro. Além disso, o conceito de saúde passa a ser compreendido como um estado integral de bem-estar, compreendendo que este abarcaria os aspectos físicos, mentais e sociais. Sendo assim, um ser humano saudável não seria aquele que estaria ausente de doenças ou enfermidades, mas aquele que está em um pleno estado de bem-estar. Constitucionalmente a saúde seria salvaguardada como um direito de todos os cidadãos, uma garantia de cidadania. Em um país desigual e diversificado como o Brasil, o direito à saúde pressupõe que o Estado precisa garantir o acesso à saúde por meio de medidas políticas, sociais e econômicas que almejem à redução do risco de doenças e de agravos que possam vir a ocorrer, compreendendo que o acesso precisa ser universal e igualitário.

E é a partir do pensamento que o SUS precisa atender a todos, que o Processo Transexualizador não pode ser compreendido como uma política pública para um público minoritário pautado em um diagnóstico que enquadra as vivências de gênero em um transtorno mental. Pois, a partir do momento que o SUS possui um conceito de saúde abrangente e atento aos processos de desigualdade social, o Processo Transexualizador se configura como um procedimento que viabiliza a assistência especializada às demandas de pessoas travestis e

transexuais, que também são cidadãos e cidadãs brasileiros/as e que precisam ser abarcados por uma assistência integral, universal e gratuita para suas demandas.

Assim, se saúde não se restringe a enfermidades, doenças físicas ou mentais, mas é um processo de bem-estar integral entre o estado físico, psíquico e social, o acesso da população trans às intervenções corporais e acompanhamento com profissionais especializados que compreendem suas demandas específicas tanto para o corpo, como para a mente, como para o âmbito social, não precisaria tomar um diagnóstico como garantia de atendimento. O SUS, ao ser concebido enquanto um sistema de saúde público e democrático, tem como dever abarcar as especificidades da população trans, sem que para isso seja necessário um diagnóstico como garantia.

Além disso, devido aos problemas de desigualdade social, a população trans encontra dificuldade em acessar o serviço de saúde pelos meios comuns, havendo transfobia por parte dos profissionais de saúde, que se recusam a realizar os procedimentos demandados pela população, atendendo de modo humilhante a essa população; além da transfobia perpetrada por usuários/as cisgêneros; e a institucional, por exemplo, com o não respeito ao uso do nome social; entre outros problemas. Dessa forma, a população trans acaba por requerer um atendimento especializado e que atualmente é garantido através de uma portaria específica. Com isso, cidadãos e cidadãs travestis e transexuais podem receber um atendimento gratuito, universal e integrado, tal qual é o seu direito constitucional. Suas demandas específicas não geram um “privilégio” e nem são geradas por sofrerem de uma “doença”, mas são especificidades geradas pela construção social de suas identidades.

As dificuldades sociais acabam por inviabilizar a descentralização do Processo Transexualizador, já que o encaminhamento para a assistência básica muitas vezes torna-se dificultoso pela falta de receptividade de outros profissionais, como pela falta de conhecimento para uma atenção satisfatória para o público trans. Por isso, os centros de referência do Processo Transexualizador, principalmente na modalidade hospitalar, acabam tendo uma alta demanda, o que dificulta a qualidade e a duração do acompanhamento, gerando longas listas de espera e atrasos para a realização das cirurgias, havendo até fechamento para entrada de novos/as usuários/as.

O Processo Transexualizador, da forma como está instituído, atua para a manutenção da equidade, pressuposto fundamental do SUS. A equidade é um conceito que complementa a universalidade, enquanto a universalidade garante que todo/a usuário/a terá acesso aos serviços de saúde sem haver discriminação decorrente de sexo, raça, renda, região, etc. A equidade

garante que todas as pessoas devem ter acesso às ações e serviços da saúde nos seus diferentes níveis de complexidade a partir de uma igualdade de condições.

Assim, o SUS tem o dever de investir nas demandas onde há maior carência, garantindo que todos/as tenham acesso a esses serviços, sem haver restrição nas regiões de moradia, sem haver privilégios ou barreiras. A partir disso, podemos entender que o Processo Transexualizador visa a garantia do acesso aos serviços de saúde para as pessoas trans, uma população que se encontra atualmente em uma posição de vulnerabilidade social.

Devido ao princípio de integralidade na atenção, o Processo Transexualizador postula que a sua institucionalização não deve tomar as cirurgias e demais intervenções corporais como a centralidade do atendimento. O pressuposto da integralidade garante que as ações do SUS devem promover o reconhecimento de que o ser humano é um todo que não pode ser setorizado e que sua saúde precisa ser concebida tomando o corpo como complexo e integrante de uma sociedade. Com isso complexificam os modos de se planejar os tratamentos e intervenções. Para tanto o SUS compreende que é necessário haver uma articulação das instituições de saúde com as políticas públicas, assegurando que os momentos sociais e históricos sejam abarcados pelo atendimento.

A partir desses pressupostos o SUS ainda visa mais algumas diretrizes que podemos relacionar com a experiência do Processo Transexualizador vivenciado no Espaço Trans do Hospital das Clínicas da UFPE. Uma delas seria a descentralização do atendimento, onde a própria portaria visa que os/as usuários/as sejam encaminhados para unidades básicas quando finalizada a demanda com o centro de referência. Esse ponto é correlato ao da resolubilidade, que consiste na exigência de atendimento a qualquer indivíduo que procure qualquer unidade do sistema de saúde. Assim, pessoas trans que procuram serviços da unidade básica são encaminhados para os centros de referência, como o Espaço Trans, para que tenham suas demandas atendidas.

Outro ponto significativo para o aspecto democrático no qual o SUS se estrutura, é a participação dos cidadãos nas formulações e avaliações de políticas públicas para a saúde como na construção de seus atendimentos. No Espaço Trans, além de haver um acompanhamento individualizado onde a/o usuária/o constrói acompanhada/o pelas/os profissionais o melhor modelo terapêutico para as suas demandas, há o incentivo de debates e diálogos nos grupos coordenados pelas Técnicas de Referência. Além disso, foi realizado, no dia 17 de outubro de 2017, o I Fórum Popular do Espaço Trans. O evento visou a criação de um espaço para diálogo entre funcionários e usuários/as do Espaço, além de ter sido aberto para todo o público, tendo

sido convidados representantes dos movimentos sociais ligados à causa trans e pesquisadores/as acadêmicos/as envolvidos com o Espaço.

Segundo a coordenação do Espaço Trans, o fórum surgiu a partir da necessidade de se intensificar o diálogo entre as/os profissionais e o público, para que pudessem ser levantadas questões e propostas e para que o próprio Espaço pudesse apresentar os números alcançados e as ações realizadas para a melhoria do atendimento. Assim, o fórum teve início com uma apresentação do Espaço sobre sua história, atendimentos realizados, parcerias feitas com profissionais do Hospital das Clínicas, dificuldades apresentadas com usuários/as e os demais profissionais do hospital, além de problemas enfrentados pelo hospital como falta de medicações e principalmente a dificuldade para a marcação de exames que afeta não só as/os usuárias/os do Espaço como de todo o HC. Em seguida foi proposto que os/as usuários/as se organizassem em grupos menores para levantarem propostas e questionamentos, ao final, as propostas foram lidas e ficaram de ser retomadas em uma próxima realização do fórum.

Dentre as propostas apresentadas temos: a) ampliação dos profissionais vinculados ao Espaço Trans; b) ampliação do espaço físico dedicado ao Espaço Trans; c) criação de um comitê de usuários/as do Espaço para que haja uma maior interlocução e transparência com o hospital; d) melhor comunicação com os outros setores do hospital, principalmente a questão dos exames que apresenta dificuldades; entre outros pontos. Com realização do fórum, o Espaço Trans garante uma participação mais democrática dos/as usuários/as na instituição hospitalar e na busca de construção de uma proposta de tratamento e acompanhamento participativa e que preza pela escuta. A participação dos cidadãos é um dos pontos de grande dificuldade de que haja uma aplicação do cotidiano das instituições de saúde e a criação de eventos como esse possibilitam a efetivação dessa diretriz.

Com o que foi exposto acima, percebemos que a visão despatologizante não é contraditória às perspectivas do SUS. Pois a própria estrutura do sistema visa uma saúde integral, um atendimento que contempla o bem-estar físico, psíquico e social. Portanto, garantir um serviço de atendimento especializado com cirurgias de modificação corporal para a população trans estaria dentro desses preceitos. Já que as cirurgias como vistas acima possuem um significado de **adequação, realização** e de melhoria do **cotidiano**, aspectos fundamentais para a melhoria física, psíquica e social. Além disso, a visão despatologizante do Espaço gerou proposta mais democráticas de atendimento, como por exemplo na criação de um fórum para fomentação do diálogo entre a equipe e as/os usuárias/os. Estimular uma saúde democrática tanto pela sua

gratuidade como através de relações mais integradas entre profissionais e usuários/as faz parte dos pressupostos do SUS.

Por isso, no próximo tópico, iremos discutir pontos levantados pelas/os entrevistadas/os para melhoria do Processo Transexualizador e das suas práticas. Assim, buscamos contribuir para a expansão do debate sobre essa política e na complexidade de sua atuação, fazendo um caminho de pesquisa que parte da experiência local para o nível macro que corresponde uma política nacional como o Processo Transexualizador.

### **4.3 Repensando o Processo Transexualizador através das experiências do Espaço Trans**

No decorrer desse trabalho, apontamos para alguns problemas vividos pelo Espaço Trans no tempo de realização da pesquisa de campo. Apresentamos a experiência de **transfobia** relatada nas entrevistas, diante da discriminação no atendimento por parte de profissionais do Hospital das Clínicas que não compõem a equipe multidisciplinar do Espaço Trans para com usuários/as do Espaço. Além disso, enquanto a pesquisa de campo acontecia foram relatadas outras duas experiências de transfobia que foram marcantes. Uma partiu de um médico neurologista do hospital que constrangeu várias usuárias que estavam aguardando para o atendimento com uma médica da equipe multidisciplinar. Segundo o relato das usuárias, ele teria começado a filmar com o celular as meninas que estavam na fila esperando para entrar na sala de consulta e argumentava que seria inaceitável um hospital gastar dinheiro para com “esse tipo de pessoa”. Outra situação, relatada pelas TRs, foi um vídeo divulgado nas redes sociais e aparentemente filmado em um horário que o Espaço já estava fechado, no qual um homem filmava a porta do Espaço e alegava que era inaceitável um local como aquele em um hospital público propagando a “ideologia de gênero” e indo de encontro com a “natureza”.

Essas situações transfóbicas evidenciam como o maior desafio para o atendimento à população trans ainda é a discriminação social. As violências perpetradas às pessoas trans pelo simples fato de elas não serem cisgêneras as afastam das instituições sociais, incluindo os espaços de atendimento à saúde. Mesmo em espaços especializados como o Espaço Trans, a transfobia se encontra como uma barreira na atuação da equipe multidisciplinar e uma ameaça para o bem-estar das/os usuárias/os. Como apontado por Butler (2004), as normas que governam a idealizada anatomia humana são produtoras do senso que diferencia os corpos humanos daqueles não-humanos, assim como estabelecem quais vidas podem ser vividas e quais devem ser negadas. Quando um médico alega que o hospital não é um espaço para atender

a população trans e suas demandas, ele evidencia que na sua lógica de inteligibilidade aquela vida é menos importante, pois não mereceria nem um atendimento médico.

Além das dificuldades decorrentes da transfobia, o Espaço Trans encontra empecilhos estruturais como limitação de salas para atendimento, do uso do bloco cirúrgico, do número de profissionais na equipe multidisciplinar, além de vivenciar problemas nas marcações de exames e na distribuição de remédios. Esses problemas são para além do alcance das/os profissionais que trabalham no Espaço Trans, pois são decorrentes da administração do hospital, distribuição de verbas e limitações orçamentárias na pasta do Ministério da Saúde que afetam as instituições vinculadas ao SUS.

Sobre esse assunto, em algumas entrevistas, surgiram relatos de usuárias/os questionando a **transparência** do Hospital das Clínicas e criticando a falta de repasse de informações por parte das instituições sobre como os recursos financeiros são investidos no hospital e principalmente na melhoria e manutenção do Espaço Trans. Como podemos perceber nas seguintes falas:

*“Porque tipo assim, entra muito dinheiro no HC, muito dinheiro, muito dinheiro mesmo, só que pra onde vai esse dinheiro? A gente não tem acesso de onde vai esse dinheiro. Eu queria ter esse acesso, a esse dinheiro, porque se tem dinheiro tem que ter cirurgia, e por que tem cirurgia parada? As cirurgias são muito lentas.”* (Entrevista com Marina 26/07/2017)

*“O HC ele é filiado ao SUS se não fosse filiado ao SUS não teria o Espaço Trans que é um projeto do HC e esse é filiado ao SUS. Com o financiamento do SUS existe uma verba que vem para o SUS que banca o Hospital das Clínicas, então nada ali é de graça. (...) então tudo tem que ser público, por exemplo, qual é a verba que o HC recebe referente ao nosso projeto trans? Quanto é que entra do SUS pra isso? Quanto é que se gasta no Espaço Trans para as cirurgias necessárias? (...) Não existe transparência, existe uma coisa muito assim, pessoal diz que tem meninas com três anos lá dentro e não fizeram a cirurgia, tem umas com dois anos e meio já fizeram, por que essa disparidade? Quem cria esse critério? (...) eu tentei até acessar pela internet, pelo portal do SUS pra pesquisar as verbas do HC, se alguém conseguir entender o que tá escrito ali, por favor, tão pior que hieróglifos, tem que trazer um tradutor.”* (Entrevista com Diana 31/07/2017)

Há uma dificuldade na linguagem e no acesso público às informações que torna a falta de **transparência** um problema apontado pelas/os usuárias/os que desejam, como cidadãs/cidadãos, ter o controle sobre como o dinheiro público está sendo utilizado pelo Hospital das Clínicas. Já que o financiamento é um importante medidor para se saber como está

sendo investido nas demandas que são utilizadas por elas/es no hospital. As entrevistas foram realizadas antes da criação do fórum popular do Espaço Trans. Percebemos que a criação desse evento pelo Espaço surgiu dessa necessidade de maior compreensão por parte das/os usuárias/os sobre o que acontece internamente e instituir um diálogo entre as/os profissionais e as pessoas que são assistidas pela portaria do Processo Transexualizador. Muitas vezes a linguagem técnica e as hierarquias burocráticas presentes no sistema público afastam os cidadãos do compromisso de “fiscalizarem” a atuação das instituições e de garantirem a efetivação dos seus direitos.

Outro ponto mencionado nas entrevistas que visam um maior diálogo entre usuários/as e instituições de saúde, seria uma **comunicação entre as próprias instituições de saúde**. Os espaços de saúde não se comunicariam; muitas vezes o/a usuário/a é acompanhado anteriormente por algum outro/a médico/a, ambulatório, unidade de saúde, outro centro de referência do Processo Transexualizador e quando ingressa no novo serviço seu histórico não é repassado. Assim, pessoas que já vinham sendo acompanhadas precisam recomeçar naquele centro os dois anos mínimo para acesso às cirurgias do Processo Transexualizador. Esse é um ponto delicado pois tanto perpassa uma comunicação entre os serviços como entre os/as usuários/as e os serviços.

*“(...)uma das coisas que eu bato, desde o ano passado, com os técnicos de saúde é que mesmo que os serviços não construam um sistema interligado, mas que os serviços se comuniquem. Que não fique solto, porque tipo o HC tá sendo atendido não sei quem, sei lá José tá sendo atendido no HC, mas ele já vinha acompanhado lá do ambulatório da Paraíba, já vinha sendo acompanhado, fazendo exames, aí é uma coisa que eu discordo que o HC faz, isso eu já conversei, sempre converso com os técnicos de saúde que eu não concordo com a política de que eu chego aqui, meu tempo é zerado, porque só começa a partir do momento que sou atendido, e o que eu fiz antes?” (Entrevista com Rodrigo 14/08/2017)*

A falta de comunicação entre os serviços acaba sendo desestimulante pelo retrocesso no tempo de acompanhamento, principalmente para aqueles que precisam mudar de centro de referência por motivos como: mudança de residência, facilidade de acesso em um outro centro, ou até mesmo para aqueles que desejam mudar de centro devido a ofertas de serviços específicos. A melhoria na comunicação entre os serviços também possibilitaria uma maior troca de experiências entre as/os profissionais na construção de estratégias de enfrentamento dos desafios que surgem na atenção à saúde da população trans. Além disso, a falta de

comunicação entre os serviços acarretaria em uma prolongação do tempo de espera para aquele indivíduo para a realização das cirurgias de intervenção corporal que almeja.

Assim, um tema que surgiu nas entrevistas foi o tempo mínimo de acompanhamento. Nas seis entrevistas curiosamente ocorreu uma divisão, onde as três mulheres se posicionaram favoráveis ao tempo mínimo de dois anos, enquanto os três rapazes foram contrários ao tempo de dois anos. O tempo mínimo de acompanhamento se apresentou como um tema delicado nas falas das/os entrevistadas/os. As defensoras do tempo mínimo de dois anos afirmaram a necessidade desse tempo para o cuidado com a saúde e o apoio psicológico tanto para a preparação para as mudanças físicas quanto para o fortalecimento diante das violências sociais, físicas, psicológicas, simbólicas vivenciadas pela população trans. Já os críticos afirmavam que o tempo mínimo de dois anos seria um tipo de tutela e que seria um tempo muito longo para começar o acesso às cirurgias, dando a sensação para os/as usuários/as de que põe em dúvida as suas decisões para com os seus corpos. As entrevistas que tiveram um posicionamento favorável argumentaram que:

*“[Sobre o tempo mínimo de acompanhamento, o que tu acha?] Eu acho que é o tempo correto, porque assim esses dois anos passa muito rápido. Em dois anos de tratamento hormonal a gente não sabe que pode acontecer muita coisa com nosso corpo por causa do hormônio. A terapia em grupo desconstrói muitas questões relacionadas ao que a gente quer com o nosso corpo e do que a gente não quer. Porque média de dois anos pra o que tu conseguiu com o tratamento hormonal conseguiu, o que não conseguiu não irá conseguir então a partir disso, destes dados, dessa visão do que tu conseguiu e não conseguiu, a gente pode pensar no que vai precisar.”* (Entrevista com Marina 26/07/2017)

*“[Sobre o tempo mínimo de acompanhamento, o que tu acha?] Eu acho super correto, principalmente em relação ao tempo porque falando de mim pessoalmente, quando eu entrei no Espaço pra fazer a cirurgia, inicialmente eu tinha outra cabeça, a minha ideia de fazer a cirurgia era... como é que eu vou dizer, era... mudar o meu gênero definitivamente perante a sociedade e coisa que eu não precisava fazer isso. Então provavelmente se eu tivesse feito naquela época eu me decepcionaria, então esse tempo de dois anos foi muito bom pra mim pra eu é... amadurecer a minha cabeça e a minha ideia. Então eu super concordo eu não mudaria não. Não mudaria esse tempo.”* (Entrevista com Luiza 25/08/2017)

*“Com relação à parte burocrática, as diretrizes vamos dizer assim ao regulamento dele eu acho que poderia ser mais flexível em algumas coisas, mas o fato de nós estarmos inseridas já no SUS já é uma grande*

*vitória, não dá pra negar isso, é uma coisa que já é uma mudança forte a gente tá lá dentro, assim, existe uma corrente que quer reduzir para seis meses o acompanhamento de dois anos pra fila correr corretamente, (...) vou dizer pra você o seguinte eu acho que pra hoje atende. (...) eu acho que tem nada assim absurdo, (...) as diretrizes estão dentro de um padrão aceitável.” (Entrevista com Diana 31/07/2017)*

As duas primeiras argumentam que o tempo de dois anos possibilitaria o acompanhamento do desenvolvimento do seu corpo e de suas ideias de forma mais calma e até mesmo transformando os significados que estão concebendo as intervenções corporais nas suas vidas. Relatam que as expectativas para com as modificações corporais eram muito grandes e que com a participação nos grupos e o acompanhamento como um todo puderam rever certos preconceitos e idealizações que haviam construído sobre os seus corpos e sobre as cirurgias. A terceira menciona ter conhecimento do debate para uma possível modificação no tempo mínimo, mas que para ela sob o contexto atual da forma que está estabelecido contempla suas expectativas, argumenta que as diretrizes do Processo Transexualizador estariam dentro de um padrão aceitável para o atendimento.

Os entrevistados contrários ao tempo mínimo de dois anos, apresentaram os seguintes relatos:

*“Eu acho que dois anos é muito tempo, porque existem casos e casos, existem casos de pessoas que tipo se você tá fazendo acompanhamento com o psicólogo e as TRs, eles sabem agir, então assim eles tinham que ter uma maior participação de decisão né e poder ter essa flexibilidade nessa questão da burocracia do tempo. Porque acho que isso é o pior, esses dois anos são os dois anos mais demorados da vida de qualquer usuário que tá ali em tratamento né, assim você já passa por toda aquela tortura externa, você ainda fica com essa pressão, porque são dois anos que você está lá em avaliação né e aí você se preocupa com aquilo, gera uma ansiedade muito grande que acaba afetando outras áreas né? E eu acho que assim é bom em alguns casos, mas em outros não precisava. (...) É um tempo longo mas é um tempo que ele é necessário pra certos casos, aí que entraria a força da percepção do profissional que tá de avaliação.” (Entrevista com Júlio 11/08/2017)*

*“O tempo pra fazer de acompanhamento que hoje eles exigem dois anos, tão vendo a possibilidade de ir pra um ano, tão discutindo agora, (...) já tiveram outras reuniões com os membros [do comitê de saúde LGBT] e tal, pra ser de um ano, eu não discordo de acompanhamento aspas de um certo tempo, de pelo menos um ano. Enfim, porque é que eu vejo aqui tem muita menina aqui na ilusão, (...) que pensa que por fazer a transgenitalização que ela vai menstruar e que ela vai poder*

*engravadar, (...) do mesmo jeito que eu já vi menino, (...) Acho que um ano é suficiente, mas teria que ter aquela fila regularzinha, tipo é que eu acredito num processo que (...) uma pessoa que já vem na questão da transição a não sei quantos séculos, já vem fazendo modificações eu acho que essa pessoa não precisaria (...)” (Entrevista com Rodrigo 14/08/2017)*

*“Agradeço as pessoas que lutaram pra gente poder realmente ter um atendimento aqui no Brasil, apesar de ter algumas coisas que infelizmente que deixa a desejar mesmo na questão de saúde. Infelizmente não é só pra gente que é transexual, pra todos, o que eu mudaria seria a questão do período de dois anos, que eu acho que é muito tempo pra você entender a pessoa, entender que realmente é aquilo que ela quer pra si, acho que não deveria ser esse período todo de tratamento pra se fazer uma cirurgia, porque dois anos é muito tempo.” (Entrevista com Pedro 17/08/2017)*

Os três homens entrevistados argumentaram que para eles o tempo de dois anos é muito longo e que deveria ser revisto. O primeiro sugeriu que o tempo deveria ser determinado pelos profissionais, por acreditar que o tempo de acompanhamento seria subjetivo para cada pessoa; cada usuário/a teria um momento diferente para se sentir preparado para as cirurgias, podendo esse tempo ser maior ou menor que dois anos. Apesar de concordar que o tempo de acompanhamento seja sentido de forma subjetiva para cada pessoa, pensando em uma política de âmbito nacional, seria extremamente delicado pôr essa decisão para as/os profissionais do acompanhamento, já que cada centro de referência tem uma perspectiva diferente e não traria um caráter mínimo igualitário para os atendimentos como um todo.

Entretanto, o tempo mínimo de dois anos pode e deve ser discutido, como apontado no segundo relato, o usuário participou de reuniões com o comitê de saúde LGBT que se articula ao Ministério da Saúde para discutir a redução do tempo mínimo para um ano. Ele sugere que seria interessante, já que pela sua experiência no serviço é preciso um tempo mínimo de acompanhamento, porém avalia que aqueles/as usuários/as que já estavam transicionando por um longo tempo, antes de entrar no serviço, deveriam ser vistos de outra forma. O terceiro relato reforça que o tempo é muito longo para se avaliar que o/a usuário/a está habilitado para realizar as cirurgias.

Devido às limitações dessa pesquisa, como o número reduzido de entrevistas, não podemos trazer uma afirmação sobre os motivos que levaram as três entrevistadas serem favoráveis, enquanto os três homens serem desfavoráveis ao tempo mínimo de dois anos. Porém, buscamos inferir quais seriam as possíveis variáveis que geraram essa “divisão” no posicionamento entre

os gêneros masculino e feminino. Primeiramente, pensamos na questão da escolaridade, onde normalmente os homens trans possuem um maior nível educacional (em comparação às mulheres trans) e com isso teriam um pensamento mais crítico, entretanto as seis pessoas entrevistadas, homens e mulheres trans, possuem o nível educacional similar, tendo alcançado o nível superior (completo ou incompleto).

Com isso, levantamos uma possível hipótese, que seria a própria representação social dos gêneros. Pois, comumente as masculinidades se posicionam como críticas e mais contrárias às recomendações médicas; enquanto na construção da feminilidade é percebido que o cuidado do corpo e a atenção dos profissionais da saúde são levadas em maior consideração e tendem a ser mais respeitadas. Assim, as representações de gênero, os parâmetros de masculinidade e feminilidade influenciariam o posicionamento de usuários e usuárias sobre a questão do tempo mínimo de acompanhamento. Porém, para que essa hipótese seja provada seria necessária uma pesquisa com uma amostra estatisticamente significativa, com a metodologia aqui adotada podemos apontar como uma possibilidade para maiores investigações futuras.

Porém, além do tempo mínimo obrigatório os centros de referência que realizam a modalidade hospitalar, como o Espaço Trans, apresentam problemas estruturais como falta de profissionais, falta de salas nos blocos cirúrgicos; em contraposição a um número cada vez maior de usuários/as que já completaram o tempo e estão habilitados para realizar as cirurgias. Com isso, o tempo mínimo de dois anos para realizar as intervenções cirúrgicas acaba por exceder e muitas vezes acaba por ser de difícil mensuração quando aquela/e usuária/o irá realizar as intervenções que deseja. Além de problemas extras, como o que ocorreu com as mastectomias no ano de 2016/2017 no Hospital das Clínicas (mencionado no capítulo 2).

Outro ponto mencionado nas entrevistas, foi a necessidade de se realizar mais **pesquisas** voltadas à saúde da população trans. Compreender melhor os efeitos colaterais dos hormônios nos corpos trans, das tecnologias dos fármacos que estão sendo produzidos, pois esses são pensados em atender as demandas de corpos cisgêneros. Por exemplo os hormônios femininos, como o valerato de estradiol, são pensados para serem anticoncepcionais de corpos cisgêneros. O que poderia ser melhorado se fossem concebidas dosagens e tecnologias visando corpos transgêneros? Não se sabe, já que não são realizados estudos que pensem na qualidade de vida de pessoas trans que, diferentemente das pessoas cisgêneras, precisarão tomar os hormônios para sempre caso desejem permanecer com a aparência física que foram construindo.

Também são demandadas pesquisas que atentem para a construção de técnicas e tecnologias mais refinadas para as cirurgias dedicadas à população trans. Principalmente para as cirurgias

relacionadas a transgenitalização de homens trans, que até o momento permanecem sob caráter experimental por ainda não terem sido desenvolvidas técnicas satisfatórias no quesito estético e funcional. Os três rapazes argumentaram nas entrevistas de que se tivessem técnicas bem-sucedidas e que atendessem aos seus desejos específicos para a expressão das suas genitálias, eles teriam o desejo de realizar tais procedimentos, mas que a falta de estudos sobre novas técnicas os frustra.

Além disso, os/as usuários/as percebem que para o Processo Transexualizador ser mais amplo que as cirurgias de transgenitalização, poderia **abarcar outras especialidades** da saúde que poderiam contribuir para um tratamento integral. Como sugerido em entrevista<sup>63</sup>, a população trans teria demandas específicas que envolveriam a ajuda de profissionais fisioterapeutas, como a recuperação decorrente das lesões musculares acarretadas pelo uso inapropriado de injeções hormonais ou de silicone industrial; ou os problemas respiratórios, musculares e de coluna proporcionados pelo uso excessivo do *binder* nos homens trans. As entrevistadas sugeriram as cirurgias de feminização facial que envolvem cirurgiões de formação odontológica, até mesmo um acompanhamento nutricional voltado para as dificuldades hepáticas decorrentes do uso de hormônios foi sugerido como um meio de ampliar a atenção especializada à população trans. Enfim, foi proposto pelos/as usuários/as que poderia ser discutido uma ampliação dos profissionais no acompanhamento do Processo Transexualizador para que de fato ele não ficasse apenas centrado na transgenitalização.

Pensando nas possibilidades de troca de saberes e experiências, no dia 25 de setembro de 2017 o Espaço Trans recebeu uma visita de três representantes do Ministério da Saúde e um representante da Secretaria Estadual de Saúde. O encontro teve também a participação da coordenação do Espaço, profissionais do Hospital das Clínicas, estagiários e pesquisadores que estavam envolvidos com o Espaço. O Ministério da Saúde alegou que o intuito da visita foi o de se estabelecer uma possibilidade de diálogo com um centro de referência que vem obtendo uma atuação exitosa e que por isso gostariam de ouvir sobre como o Espaço Trans abordava a temática trans e como acompanhava os/as usuárias/os para replicar essa experiência para outros espaços do país, possibilitando uma troca de conhecimentos entre o Ministério e os centros de referência. O encontro também teve o caráter de proporcionar uma maior visibilidade do serviço dentro do hospital, estimulando a melhoria da qualidade da assistência prestada, assim como incentivando o aumento de pesquisas sobre a área.

---

<sup>63</sup> Entrevista com Rodrigo 14/08/2017.

Além disso, foi destacado que o Espaço Trans foi o primeiro serviço na modalidade ambulatorial e hospitalar a iniciar o seu serviço a partir da segunda portaria do Processo Transexualizador e de conceber o serviço de atenção à população trans sob uma ótica ampliada, descentralizada das cirurgias de transgenitalização e fornecendo um acompanhamento integralizado dos/as usuários/as. Essa experiência, vista como positiva pelo Ministério da Saúde, precisava ser compreendida de perto para que na ampliação do Processo Transexualizador com a habilitação de novos centros de referência, esses tomem essa experiência como modelo.

Diante do que foi exposto ao longo desse capítulo, podemos observar que as intervenções corporais fundamentam a demanda da maioria das/os usuárias/os do Espaço Trans. As modificações corporais e os significados atribuídos aos corpos generificados são representados nas identidades sociais construídas pelos sujeitos. Nas vivências trans, isso se torna mais evidente, ainda mais naqueles/as que vivem o Processo Transexualizador, pois no decorrer dessa experiência a construção da identidade de gênero e de um corpo generificado estão sendo sempre discutidos. O Processo Transexualizador, por sua vez, tem um tempo de acompanhamento mínimo de dois anos e como podemos ver nesse capítulo é um assunto permeado por divergências entre os/as usuários/as e que necessita estar em debate já que não há um consenso sobre a forma como deve ser estabelecido.

Demarcar um tempo mínimo necessário para um acompanhamento que garanta os cuidados e serviços ideais para um indivíduo é extremamente complexo, já que cada pessoa vivencia de forma única e subjetiva esse tempo e esse acompanhamento. Da mesma forma se encontram as experiências de gênero, onde cada sujeito irá construir ao longo da sua trajetória de vida suas relações generificadas, seja com a sociedade, seja com o seu corpo. Porém, tanto o tempo quanto o gênero são apreendidos de forma circunstancial, se referem a um contexto histórico de uma sociedade específica que se estrutura a partir de uma determinada linguagem.

Por isso, quando o Espaço Trans se propõe a atuar sob uma perspectiva despatologizante, compreendemos que o discurso medicalizante da transexualidade está sendo ressignificado, o atendimento à saúde passa a ser concebido a partir de um olhar que vai além das enfermidades e dos transtornos que precisam ser curados. A saúde corresponde a um estado de bem-estar social, psíquico e físico e a população trans necessita de um atendimento não discriminatório e comprometido com o cuidado e valorização de suas vidas. Porém, o Espaço Trans ainda está inserido em um mundo que presa pelos saberes biomédicos, portanto a sua legitimidade como um centro de referência se dá por se legitimar enquanto uma instituição de saúde habilitada pelo

Ministério da Saúde. Enquanto que seu posicionamento despatologizante aos poucos está adquirindo um significado de diferenciação diante de outros atendimentos.

Nessa perspectiva, a visão despatologizante oferecida pelo Espaço Trans assiste as/os suas/seus usuárias/os enquanto sujeitos que possuem uma autonomia, com um acompanhamento que proporciona as informações e os cuidados necessários para que os sujeitos decidam o caminho do seu tratamento, almejando o seu bem-estar e retirando o caráter patológico sem deixar de oferecer as tecnologias e intervenções médicas que foram conquistadas pela população trans até o presente momento. Sendo assim, há uma promoção de uma saúde por meios e modos democráticos como o SUS idealiza desde a sua criação. Havendo ainda a possibilidade de diálogo entre profissionais e usuários/as, evidenciando que há muito a ser construído e que para isso é necessário um esforço em conjunto do Espaço Trans, dos/as usuários/as, dos movimentos sociais, das/os pesquisadores, do Estado e da sociedade para que essas transformações aconteçam visando a melhoria da atenção à essa população.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na introdução desse trabalho, convidamos o/a leitor/a a questionar sobre as vivências de gênero na nossa sociedade, tomando a construção da transexualidade como ponto de partida. No primeiro capítulo analisamos o surgimento da nomenclatura transexual e como a construção do diagnóstico de transexualismo marcou as experiências de gênero que não correspondiam a linearidade vislumbrada pela *matriz de inteligibilidade heterossexual/cisnormativa*. Essas possibilidades de se vivenciar o gênero que não correspondiam a corpos macho-homem e mulher-fêmea foram postas como indicadores de processos patológicos que circunscreveram essas experiências em um diagnóstico.

A partir disso observamos como a identidade transexual se atrela a um conjunto de aparatos médicos que a legitimam e a constrói. Tornando a relação dessas pessoas, identificadas como transexuais, dependente do diagnóstico para legitimação de suas vivências e possibilitando sua readequação na sociedade. O processo histórico de surgimento da nomeação transexual evidencia como a linguagem não só descreve a realidade como também cria realidades. Seguindo o pensamento do filósofo John Austin (1990), analisamos que ao nomear certas vivências como pertencentes ao indivíduo transexual tornavam a palavra “transexual” um *proferimento performativo*. Pois na criação dessa categoria se criava a identidade transexual, a partir disso os sujeitos iram interpretar e ser interpretados por meio dessa classificação.

As classificações produzidas por Harry Benjamin, John Money e Robert Stoller repercutiram nos saberes biomédicos como um todo. Esses homens se tornaram referências nos estudos sobre gênero e sexualidade da época, tendo seus pensamentos influenciado os manuais de diagnóstico que inserem a transexualidade como uma vivência patológica. Seja sob a alcunha de “Transexualismo” como foi categorizado na CID 10 em 1993; como “Transtorno de Identidade de Gênero” como foi apresentado no DSM-IV em 1994; ou como “Disforia de Gênero”, presente no DSM-5 de 2014.

E no compasso da medicalização, como apontado por Joanne Meyerowitz (2002), a construção da transexualidade se dá conjuntamente aos avanços tecnológicos dos saberes biomédicos. As cirurgias que proporcionam as mudanças corporais generificadas em conjunto com os hormônios, adquirem um aspecto relacional com a própria constituição dessas identidades. Tornam-se discurso e se materializam nos corpos que não podem ser vistos dissociados desses aparatos. Eles não são apenas uma “adequação”, uma “conformidade”, são a garantia de uma inteligibilidade, são partes constitutivas das individualidades e do gênero adotado por cada uma das pessoas transexuais que as realizam.

Essa construção relacional entre transexualidade e tecnologia médica requer certas demandas dessa população para com o serviço de saúde. Assim, observamos como a população transexual logrou seu direito a um acesso especializado institucionalizado no Brasil. Inicialmente com o Caso Farina foi exposto a necessidade de uma resolução que salvuardasse o direito dessa população a cirurgias de transgenitalização, entre outras intervenções. Vimos que a partir de 1997, o Conselho Federal de Medicina regulamenta as práticas médicas para cirurgias de transgenitalização. E que apenas em 2008 é lançada uma portaria de caráter nacional que vincula as demandas trans ao Sistema Único de Saúde, garantindo a gratuidade do atendimento, com a portaria do Processo Transexualizador. Em 2013, essa portaria passa por um processo de ampliação, garantindo o acesso como se é realizado hoje.

Concluimos que a partir da construção nosográfica das vivências transexuais se estabeleceu a necessidade de atendimento especializado à essa população. A patologização formou a identidade transexual, demarcou as expectativas e parâmetros das pessoas que são identificadas e se identificam como tal. Assim, a relação estabelecida entre a patologização e o avanço tecnológico viabilizou a existência de demandas para mudanças das características sexuais nas pessoas trans, gerando a institucionalização de serviços especializados para esse atendimento. Compreendemos, portanto, que o objetivo principal na busca desses serviços ainda são as cirurgias de adequação das características físicas à identidade de gênero performada.

Para realizarmos uma análise mais específica, ao longo dessa pesquisa conhecemos o Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans do Hospital das Clínicas da UFPE, que traz uma visão despatologizante para o seu atendimento à população trans. Analisamos que esse pensamento surge a partir de demandas sociais das pessoas trans e de acadêmicos/as que vislumbram essas identidades como uma das possibilidades de se viver o gênero, desassociando as experiências de um aspecto patológico e não normal. Tendo isso em mente, entrevistamos seis usuários/as do serviço e buscamos compreender como eles/as vivenciavam sua transexualidade, como significavam as intervenções corporais e o próprio serviço do Processo Transexualizador.

Assim, no capítulo dois concluimos, a partir dos relatos obtidos nas entrevistas, que os/as usuários/as demonstraram ser favoráveis aos grupos propostos pelo Espaço Trans onde acontecem debates que possibilitam a desconstrução de certos preconceitos. Observamos que os/as próprios/as usuários/as que se identificam como trans, antes de ingressarem no serviço tinham preconceitos com outras pessoas trans e puderam através dos grupos e da convivência romper com certas lógicas de inteligibilidade que possuíam sobre as performances de gênero.

Além disso, percebemos que um dos principais desafios enfrentados pela população no Hospital das Clínicas é a transfobia, principalmente, por parte de profissionais que não fazem parte do Espaço Trans. Compreendemos que a própria existência do serviço especializado é motivo para atitudes discriminatórias por parte de certos indivíduos, afetando os profissionais do serviço e principalmente os/as usuários/as. Através do pensamento proposto por Judith Butler (2008), concluímos que esses processos se dão devido a construção que a cisgeneridade formula da transgeneridade enquanto seu exterior constitutivo. Isso significa que para a sustentação da lógica de inteligibilidade que pressupõe um grupo com uma identidade normalizada, há a negação da humanidade daqueles que não se circunscrevem nessa identidade. Portanto, as pessoas transexuais são postas em um diagnóstico de transtorno mental e tem suas demandas vistas como diminutas em detrimento da normalidade e da legitimidade da cisgeneridade.

Assim, concluímos que a própria designação do termo “adequação” dado às cirurgias de modificação corporal se dá por meio dessa lógica de inteligibilidade heterossexual/cisnormativa. Os corpos se adequam há uma interpretação de que corpos femininos possuem vagina, seios, curvas, rosto fino, etc.; enquanto os corpos masculinos possuem pênis, escroto, pelagem, rosto largo, etc. Entretanto, a própria divisão binária entre homens de pênis e mulheres de vagina não contempla as possíveis configurações das genitálias humanas, quanto mais as expressões e identidades de gênero possíveis.

Entretanto, argumentamos ao longo do trabalho que analisar os processos sociais que implicam na realização de cirurgias de modificação corporal e a própria busca por uma adequação à essas normativas do social, não significa a anulação da importância do acesso da população trans aos serviços e tecnologias de intervenção que desejam. Pois não vivemos apartados dessa lógica de inteligibilidade, somos limitados, condicionados, construídos e interpretados a partir dela. Por isso, acreditamos que ao evidenciar os processos regulatórios que formam a existência dessas demandas, podemos reavaliar os serviços que estão sendo prestados, potencializando as possíveis resistências e transformações que venham a surgir nas relações entre a população trans e os serviços de saúde.

Por isso, buscamos evidenciar como os/as usuários/as vivenciavam a sua transexualidade no Processo Transexualizador oferecido pelo Espaço Trans. Através de uma fala de um entrevistado (Júlio) podemos formar uma síntese que seria: “Pra mim é libertação”. De diversas formas, os/as usuários/as apontaram estar sentindo maior liberdade consigo mesmos após a identificação enquanto pessoas trans.

Desde o posicionamento pessoal, que encontramos principalmente nos relatos de Júlio e Diana, os/as usuários/as viram na vivência das suas transexualidades uma forma de superar a depressão, o isolamento e o medo de serem vistos com a identidade de gênero que sempre gostariam. A identidade trans não apenas legitimou o desejo de seguirem uma vivência de gênero não esperada para os seus genitais, como também significou seus sentimentos, apresentou novas relações e sociabilidades que modificou a forma como se relacionavam com o mundo. Como também no engajamento político, como Joana e Rodrigo, que além de serem usuários do serviço possuem uma atividade de militância e vivenciam sua transexualidade como uma postura política. Se identificando como mulher trans e homem trans, respectivamente, como uma forma de demarcação de suas demandas sociais, como identidades políticas.

Mas vivenciar uma experiência de gênero como a transexualidade em uma cultura que se fundamenta a partir de uma lógica de inteligibilidade cisnormativa situa os sujeitos em experiências de violência e sofrimento que estimula a busca pela passabilidade. Como apontamos no capítulo três, a passabilidade é a garantia de adequação de um corpo que expressa o seu gênero conforme os padrões hegemônicos de masculinidade ou feminilidade. No Processo Transexualizador, há muitas vezes, por parte de alguns usuários/as, uma busca pelo apagamento de tudo que remeteria a transexualidade em detrimento de uma adequação cisgênera, esvaziando a capacidade social política das identidades trans. Nos grupos realizados no Espaço Trans há uma tentativa de modificar a visão, dos/as próprios/as usuários/as, de que a transexualidade seja uma identidade negativa.

Como apontado pelos/as usuários/as, os grupos estimulam o debate e o pensamento crítico sobre vários assuntos. A participação assídua dos/as entrevistados/as nos grupos demonstrou que eles/as repensaram sobre os estereótipos de gênero, sobre suas vivências com seus corpos e como significavam as diferenças de gênero nas suas vidas. Assim, apreendemos três significados centrais para as cirurgias: adequação, realização e melhoria no cotidiano. Concluímos que os três aspectos se relacionam, pois, a busca pela adequação garante uma melhor relação com seus corpos e com as suas relações sociais, proporcionando uma melhoria no cotidiano e dando uma realização pessoal após a concretização dos seus objetivos. Por sua vez, esses pontos só fazem sentido a partir de certas expectativas sociais sobre o gênero, sobre os corpos e sobre as performances.

Compreendendo que a visão despatologizante influenciava as práticas oferecidas aos/as usuários/as e a própria percepção deles/as sobre o Espaço Trans, decidimos analisar a relação dessa percepção com as diretrizes estabelecidas pelo SUS e com o posicionamento político da

Rede Internacional de Despatologização Trans (RIDT). Concluímos que a abordagem do Espaço Trans estava diretamente relacionada com as propostas sugeridas pela RIDT, como a adoção do nome acolhimento ao invés de atendimento, pontuando o papel de parceria entre profissionais e população trans, em detrimento de uma visão hierarquizada como há entre paciente e médico.

O respeito a auto identificação, a não obrigatoriedade do atendimento psicológico e psiquiátrico, apontam que o Espaço está em diálogo com as demandas dos movimentos sociais favoráveis a despatologização, mesmo sendo regido por uma portaria ainda pautada no diagnóstico como garantia de atuação. Além disso, ao analisarmos as diretrizes do SUS, compreendemos que um sistema gratuito de saúde é um espaço em si democrático e que a despatologização não pode ser vista como uma postura contraditória ao serviço. Já que o próprio SUS pressupõe um conceito de saúde abrangente, desvinculado da necessidade de uma enfermidade para que haja assistência, a saúde é compreendida como um bem-estar físico, psíquico e social, conceito postulado pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS). Assim, a garantia de um atendimento especializado a população deveria estar pautada na seguridade desses preceitos, compreendendo as demandas específicas da população como parte das diferenças sociais que existem e precisam ser abarcadas pelo serviço.

Concluímos que a despatologização das transidentidades seria coerente com as prerrogativas sociais do nosso sistema público de saúde, mas que para uma garantia dos direitos já conquistados até o momento pela população trans seriam necessárias maiores garantias jurídicas. No momento o atendimento é garantido pela portaria nº 2.803/2013, que institucionaliza o Processo Transexualizador e pela resolução nº 1955/2010, que assegura o atendimento dos profissionais médicos. Com a aprovação de leis que visibilizam a cidadania das pessoas trans e assegurem seus direitos, talvez o receio da despatologização diminua. Por ora, a experiência do Espaço Trans demonstra que é possível ofertar um serviço centrado no cuidado e na visão de uma saúde integral para a população trans, respeitando as individualidades de cada usuário/a, sem haver testes para determinação das suas identidades e sem restrições prévias sobre os desejos pessoais com relação as cirurgias e a hormonização. O Espaço Trans, dentro dos seus limites e de suas dificuldades, oferece um serviço que respeita a decisão dos/as seus/suas usuários/as com relação as suas transformações corporais e expressões de gênero.

A própria portaria do Processo Transexualizador garante e estimula um serviço de saúde integral e não centralizado nas cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas,

além de garantir o respeito à pluralidade de vivências do gênero, incluindo quem não deseja realizar qualquer cirurgia. Além disso, o Espaço promove o respeito do nome social e estimula que haja sensibilização dos profissionais dos hospitais para que diminua os casos de transfobia. O Processo Transexualizador é resultado de uma construção de identidade medicalizada, mas já aponta a direção para uma visão que segue a inclusão sob um olhar não patológico. Porque mesmo utilizando o código F 64.0, a portaria de 2013 avançou ao não limitar a atenção para a cirurgia de transgenitalização e nem restringir a identificação das transidentidades para o diagnóstico, respeitando a auto identificação.

Concluimos que as identidades transexuais são recentes e trilham agora um caminho que busca uma possível desvinculação do aspecto patologizante que a cunhou, sem que se perca o acesso a saúde já conquistado. Através de experiências como as relatadas pelas/os usuárias/os do Processo Transexualizador aplicado no Espaço Trans, esperamos que novas propostas de cuidado surjam. Que o Processo se amplie com mais profissionais envolvidos, com mais espaços habilitados para que diminua a grande demanda que os espaços existentes possuem, que o tempo mínimo de acompanhamento esteja sempre em discussão, já que não há consenso sobre sua usualidade. Enfim, esperamos que não haja retrocessos nos direitos alcançados, que gênero seja debatido e falado, que os espaços de saúde sejam democráticos. Como apontado por Amaral (2011), o maior desafio que o pensamento despatologizante traz é o de se incorporar as vivências trans no leque de possibilidades da existência humana dentro da cultura ocidental, extinguindo as barreiras discriminatórias que inviabilizam a garantia de direitos a essa população independente de condições medicalizantes.

Dito isso, faço o convite para que a partir de tudo que aqui expomos possam ser feitos novos questionamentos e que os problemas aqui trazidos continuem sendo interpretados e debatidos, construindo novos discursos que não sejam discriminatórios. Estamos diante de novas relações e novas conjunturas e que o olhar atento e questionador não deixe de propor novas percepções. O pensamento crítico proporcionado pela análise sociológica precisa continuar contribuindo e dialogando com as demais áreas da ciência, como a saúde, a biologia, a medicina, a psicologia, o serviço social, o direito. Principalmente quando pensamos em temas como a transexualidade, que se encontram engendrados por vários discursos.

## REFERÊNCIAS

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

ARÁN, Márcia. Transexualismo e cirurgia de transgenitalização: Biopoder/Biopotência. In: **SérieAnis**, 39, Brasília, LetrasLivres, abril, 2005, pp. 1-4.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [1], 2009(a), pp. 15-41.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (4), 2009(b), pp. 1141-1149.

AUSTIN, John L. **Quando dizer é fazer**: Palavras e Ação. Traduzido por Danilo Marcondes de Souza Filho. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

ÁVILA, S; GROSSI, M. **Transexualidade e movimento transgênero na perspectiva da diáspora queer**. 2010. Disponível em: <<http://nigs.paginas.ufsc.br/files/2012/01/TRANSEXUALIDADE-E-MOVIMENTO-TRANSG%3%8ANERO-NA-PERSPECTIVA-DA-DI%3%81SPORA-QUEER-Simone-%3%81vila-e-Miriam-Pillar-Grossi.pdf>> Acesso em: 1 dez. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BENEDICTO, Rubia; WAI, Mey; OLIVEIRA, Renata; GODOY, Cecília; COSTA JÚNIOR, Moacyr. Análise da evolução dos transtornos mentais e comportamentais ao longo das revisões da Classificação Internacional de Doenças. In: **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drog.** 9 (1), jan./abr/ 2013, pp. 25-32.

BENJAMIN, Harry. Transsexualism and Transvestism as Psycho-Somatic and Somato-Psychic Syndromes. In: STRYKER, Susan; WHITTLE, Stephen (org.). **The transgender studies reader**. New York: Routledge Taylor & Francis Group. 2006. pp. 45-52.

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

\_\_\_\_\_. Da transexualidade oficial às transexualidades. In: PISCITELLI; GREGORI; CARRARA (org.). **Sexualidades e saberes: Convenções e Fronteiras**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. 143-172 pp.

BONASSI, Brune. **Cisnorma: acordos societários sobre o sexo binário e cisgênero**. 2017. 123 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

BRASIL. Constituição, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 8 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.482/1997. 1997. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482_1997.htm)>. Acesso em: 8 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. **Resolução 1.652/2002**. 2002. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652_2002.htm)> Acesso em: 8 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. **Resolução 1.955/2010**. 2010. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955\\_2010.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm)> Acesso em: 8 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1.707/2008**. 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707\\_18\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html)> Acesso em: 8 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 2.803/2013**. 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html)> Acesso em: 8 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Processo Transexualizador no SUS**. 2017. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1174-sgep-raiz/lgbt/21885-processo-transexualizador>>, Acesso em: 8 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução 01/2018**. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolucao-CFP-01-2018.pdf>>, Acesso em: 29 jan. 2018.

BUTLER, Judith. **Bodies that matter**: on the discursive limits of “sex”. New York & London: Routledge, 1993.

\_\_\_\_\_. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). **O corpo educado: Pedagogias da sexualidade**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

\_\_\_\_\_. **Undoing Gender**. New York: Routledge, 2004.

\_\_\_\_\_. **Problemas de gênero**: Feminismo e subversão da identidade. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

\_\_\_\_\_. Desdiagnosticando o gênero. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 (1): 95-126, 2009.

CALIFIA, Patrick. **Sex Changes – The Politics of Transgenderism**. Second Edition, San Francisco: Cleis Press. 2003.

CASTEL, Pierre-Henri. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno

transexual” (1910-1995). In: **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 21, nº 41, p. 77-111, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01882001000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01882001000200005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 dez. 2017.

CONRAD, Peter. **The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

\_\_\_\_\_; SCHNEIDER, Joseph. **Deviance and Medicalization: from badness to sickness**. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

COSTA, Tonia; STOTZ, Eduardo; GRYNSZPAN, Danielle; SOUZA, Maria do Carmo. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.20, jul./dez., 2006, pp. 363-380.

DSM-IV-TR [American Psychiatric Association] **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Tradução por Cláudia Dornelles. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DSM-5 [American Psychiatric Association] **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução por Maria Inês Corrêa Nascimento, 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ENKE, Anne (Org.). **Transfeminist Perspectives – in and beyond Transgender and Gender Studies**. Philadelphia: Temple University Press, 2012.

FAUSTO-STERLING, Anne. **Sexing the Body: Gender Politics and The Construction of Sexuality**. New York: Basic Books, 2000.

\_\_\_\_\_. Dualismos em duelo. **Cadernos Pagu**.(17/18), pp. 9-79, 2001/02.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. Tradução de Pedro Tamen. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 1994.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 15 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2000.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**. 23 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

FRY, Peter; MACRAE, Edward. **O que é homossexualidade**. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1985.

GARFINKEL, Harold. **Estudios en Etnometodología**. Tradução por: Hugo Antonio Pérez Hernáiz. Rubí (Barcelona): Anthropos Editorial; México: UNAM. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades; Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2006.

GREEN, Adam. Queer Theory and Sociology: Locating the Subject and the Self in Sexuality Studies, **Social Theory**, v.25, n.1, 2007. pp. 26-45.

HALL, Stuart. Quem precisa de identidade? In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000, p. 103-133.

\_\_\_\_\_. A identidade cultural na pós-modernidade. 10a ed. Rio de Janeiro: DP&A; 2005.

HARAWAY, Donna. Um manifesto para os cyborgs: ciência, tecnologia e feminismo socialista na década de 80. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque. **Tendências e impasses** – O feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

HINES, Sally. **Transgender Identities, Intimate Relationships and Practices of Care**. United Kingdom: The University of Leeds, School of Sociology and Social Policy, 2004.

JESUS, Jacqueline Gomes de. Gênero sem essencialismo: feminismo transgênero como crítica do sexo. In: **Universitas Humanística**, 78, 2014, pp. 241-258.

JESÚS, Bento Manoel de. **Campanha pela despatologização da transexualidade no Brasil: seus discursos e suas dinâmicas**. 2013. 103f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

LAURENTI, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Rev. Saúde públ.**, 25 (6), São Paulo, 1991, pp. 407-417.

\_\_\_\_\_. Pesquisas na área de classificação de doenças. In: **Saúde e Sociedade**. 3 (2), 1994, pp.112-126.

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

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physsis – Revista de Saúde Coletiva**, vol.19, n.1, Rio de Janeiro: jan./mar. 2009, 46-63.

LOURO, Guacira Lopes (Org.). **O corpo educado: Pedagogias da sexualidade**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

\_\_\_\_\_. **Um corpo estranho** – ensaios sobre sexualidade e teoria queer. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

MACHADO, Paula Sandrine. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. **Cadernos Pagu**, n.24, 249-181, 2005.

MACIEL, Isis. **Panorama brasileiro do processo transexualizador no âmbito do SUS**. 2017. 65f. TCC (Graduação – Medicina). Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2017.

MARCELLO, Fabiana de Amorim. O conceito de dispositivo em Foucault: mídia e produção agonística de sujeitos-maternos. In: **Revista Educação & Realidade**, v.29, n.1, jan./jun. 2004. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/viewFile/25426/14752>> Acesso em: 8 dez. 2017.

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

OMS, Organização Mundial da Saúde. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>> Acesso em: 5 dez. 2017.

PISCITELLI, Adriana. Recriando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, Leila (Org.). **A prática feminista e o conceito de gênero**. Campinas: IFCH-Unicamp, 2002.

RED INTERNACIONAL POR LA DESPATOLOGIZACIÓN TRANS. Manifesto [homepage na internet]. 2009. Disponível em: <<http://www.stp2012.info/old/pt/manifesto>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

RED POR LA DESPATOLOGIZACIÓN DE LAS IDENTIDADES TRANS DEL ESTADO ESPAÑOL . Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del sistema nacional de salud. 2010. Disponível em: <<http://stp2012.files.wordpress.com/2010/10/stp-propuesta-sanidad.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

RODRIGUES, Carla. Performance, gênero, linguagem e alteridade: J. Butler leitora de J. Derrida. In: **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n.10, abr. 2012. pp. 140-164.

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.133-152, jun. 2008.

ROJAS, Eveline. **Dando vida a bonecas de papel**: reflexões sobre as transexualidades na cidade do Recife. 2010. 156f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

\_\_\_\_\_. **Trans Narrativas do Self**: Uma análise a partir de diários virtuais de transição transexual no YouTube. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

RUSSO, J. A. Do desvio ao transtorno: A medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: PISCITELLI; GREGORI; CARRARA (org.). **Sexualidades e saberes**: Convenções e Fronteiras. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. 95-114 pp

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

SALEIRO, Sandra Palma. **Trans Gêneros**: Uma abordagem sociológica da diversidade de gênero. 2013. 335f. Tese (Doutorado em Sociologia) pela ISCTE – Instituto -Universitário de Lisboa, Lisboa, 2013.

SANTOS, Lenir. Saúde: conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde. In: **Revista Jus Navigandi**, ano 10, n.821, Teresina, out. 2005. Disponível em:<<https://jus.com.br/artigos/7378>> Acesso em: 10 jan. 2018.

SOUZA FILHO, D. M. A filosofia da linguagem de J. L. Austin. In: AUSTIN, J. L. **Quando dizer é fazer: Palavras e Ação**. Traduzido por Danilo Marcondes de Souza Filho. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

SPEER, Susan. **Gender Talk: Feminism, Discourse and Conversation Analysis**. New York: Routledge Taylor & Francis Group. 2005.

STOLLER, Robert. **Sex and Gender: The Development of Masculinity and Femininity**. London: Karnac Books. 1968.

STRYKER, Susan; WHITTLE, Stephen. **The transgender studies reader**. New York: Routledge Taylor & Francis Group. 2006.

VIEIRA, Tereza. Mudança de Sexo: aspectos médicos, psicológicos e jurídicos. In: **Akrópolis – Revista de Ciências Humanas da UNIPAR**, v.6, n.21, 1998, pp. 3-8.

WORTHMAN, Carol. Hormones, Sex, and Gender. **Annual Review of Anthropology**, vol.24, 593-617, 1995.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

### Questionário sócio econômico-demográfico

Com qual sexo biológico foi designado/registrado ao nascer?

Com relação a sua identidade de gênero, como você se identifica?

Qual a sua orientação sexual?

Com qual cor/raça você se identifica?

Idade

Escolaridade

Profissão/Ocupação

Local onde reside – Mora sozinho, com a família, república/colegas de quarto

Estado Civil

Religião

Militância política (ONGs, Partido político, outros) – Quanto tempo?

Tempo que frequenta o Espaço Trans

### Questionário Específico

- 1) Quando você percebeu que sua identidade de gênero não correspondia ao sexo designado no seu registro ao nascer? Me fale um pouco sobre esse processo.
- 2) Como você encontrou o Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans?
- 3) Como está sendo seu tratamento?
- 4) O que você acha sobre o processo transexualizador oferecido pelo SUS?
- 5) O que você mudaria enquanto usuária (o) do serviço?
- 6) Após ingressar no serviço, o que mudou na sua vida?
- 7) Quais eram suas expectativas antes de começar? E agora?
- 8) O que você espera com relação as intervenções cirúrgicas?
- 9) E aos medicamentos, como o tratamento hormonal?
- 10) E o atendimento médico no geral?