

Transexualidade e saúde pública no Brasil

Transsexuality and public health in Brazil

Márcia Arán¹
Daniela Murta¹
Tatiana Lionço²

Abstract *The article aims to discuss transsexuality in the context of the Brazilian public health policies. Firstly, it questions the necessity of the diagnosis of Gender Identity Disorder as a condition of access to treatment in the public health service, searching to understand the historical construction of transsexuality as a pathological phenomenon. After that, it analyzes the debate on public health policies for transsexuals, considering the process of legalization of the reassignment surgery in the country, the resolutions of the Federal Council of Medicine and the constitution of representative forums of the Health Ministry, as well as professionals of the area and representatives of the social movement. Finally, considering the references available that emphasizes the critics on the analysis of transsexuality as a pathological phenomenon in the areas of the Public Health and Social Sciences, it intends to emphasize the importance of understanding the diversity of subjectivity's forms and gender's construction considering transsexuality. In this context, it discusses the question of transsexuals' autonomy and suggests public policies that, even following an assistance protocol, do not have as its only therapeutical reference the accomplishment of the diagnosis and the reassignment surgery.*

Key words *Transsexuality, Public health, Sexuality, Gender, Subjectivity*

Resumo *O artigo tem como objetivo discutir a transexualidade no contexto das políticas de saúde pública no Brasil. Para isto, num primeiro momento, problematiza-se a necessidade do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero como condição de acesso ao tratamento na rede pública, buscando compreender de que forma se deu historicamente a patologização da transexualidade. Em seguida, analisa-se o debate sobre as políticas de saúde para transexuais, considerando o processo de legalização da cirurgia de transgenitalização no país, as resoluções do Conselho Federal de Medicina e os fóruns que se constituíram com representantes do Ministério da Saúde, profissionais da área e representantes do movimento social. Finalmente, tendo como referência trabalhos que se destacaram pela crítica à patologização da transexualidade nas áreas da saúde coletiva e das ciências sociais, pretende-se destacar a importância de compreendermos a diversidade de formas de subjetivação e de construção de gênero na transexualidade. Discute-se a questão da autonomia dos transexuais e sugerem-se políticas públicas que, embora sigam um protocolo de assistência, não tenham como única referência terapêutica a realização do diagnóstico e a cirurgia de transgenitalização.*

Palavras-chave *Transexualidade, Saúde pública, Gênero, Subjetividade*

¹Departamento de Políticas e Instituições de Saúde, Instituto de Medicina Social, UERJ. Rua São Francisco Xavier 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar, blocos D e E, Maracanã. 20550-900 Rio de Janeiro RJ. marciaaran@terra.com.br

²Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero.

Introdução

Em 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução nº 1.482¹, autorizou a realização de cirurgias de transgenitalização em pacientes transexuais no país, alegando seu caráter terapêutico. Esta resolução parte do princípio de que “o paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação ou auto-extermínio”. A intervenção cirúrgica passou a ser legítima no Brasil, desde que o paciente apresente os critérios necessários para a realização da mesma e o tratamento siga um programa rígido, que inclui a avaliação de equipe multidisciplinar e acompanhamento psiquiátrico por no mínimo dois anos, para a confirmação do diagnóstico de transexualismo.

Diante disso, houve aumento da demanda de auxílio médico por parte de transexuais que, relatando intenso sofrimento e demandando tratamento médico-cirúrgico, impulsionaram a organização de programas assistenciais². Conforme observado na I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Saúde: a Assistência Pública no Brasil³, promovida pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, estes serviços apresentam formato diferenciado de atendimento, com práticas cirúrgicas e terapêuticas distintas, destacando que alguns já se constituíram como programas consolidados, atendendo a um grande número de pacientes, com vasta experiência na área de assistência e pesquisa, como o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Em geral, o processo assistencial compreende as seguintes etapas: avaliação e acompanhamento psiquiátrico periódico para confirmação do diagnóstico; psicoterapia individual e de grupo; hormonioterapia, com o objetivo de induzir o aparecimento de caracteres sexuais secundários compatíveis com a identificação psicosssexual do paciente; avaliação genética; tratamento cirúrgico. Além disso, vários desses serviços já estabelecem contato com uma assessoria jurídica, para indicação de pacientes operados no processo de mudança de nome. Vale destacar que, na transexualidade, a importância do acesso aos serviços de saúde consiste não apenas no cuidado do processo de saúde-doença, mas fundamentalmente numa estratégia de construção de si.

A partir deste primeiro contato, percebemos que, na maioria das vezes, a prática clínica é orien-

tada pela psiquiatrização da transexualidade. Tendo como a referência a norma do Conselho Federal de Medicina, parte-se do pressuposto de que a transexualidade é uma doença, sendo o transtorno de identidade de gênero (TIG) condição de acesso à assistência médica e jurídica para transexuais⁴. Desta forma, seguindo uma tendência internacional, a institucionalização da prática assistencial dirigida a transexuais no Brasil está condicionada a um diagnóstico psiquiátrico, o que permitiu o acesso ao tratamento e, muitas vezes, significa o próprio exercício de cidadania. No entanto, esse mesmo diagnóstico pode ser considerado um vetor de patologização e de estigma, pois atribui uma patologia ao paciente sem questionar as questões históricas, políticas e subjetivas dessa psiquiatrização².

Diante disso, o artigo pretende problematizar o diagnóstico de TIG como condição de acesso ao tratamento e cuidado na rede pública no Brasil, buscando compreender de que forma se deu historicamente a patologização da transexualidade. Em seguida, analisaremos o debate sobre as políticas de saúde pública para transexuais no Brasil, desde o processo de legalização da cirurgia de transgenitalização no país, as resoluções do CFM e os fóruns que se constituíram representantes do Ministério da Saúde, profissionais da área e representantes do movimento social para discutir o processo transexualizador no SUS. Finalmente, tendo como referência trabalhos que se destacaram pela crítica à patologização da transexualidade na área da saúde coletiva e das ciências sociais, pretendemos destacar a importância de compreendermos a diversidade de formas de subjetivação na transexualidade. Para isto, pretendemos discutir a questão da autonomia dos transexuais e sugerir políticas públicas que, embora sigam um protocolo de assistência, não tenham como única referência terapêutica a realização do diagnóstico e a cirurgia de transgenitalização.

Algumas considerações críticas sobre a psiquiatrização da transexualidade

O discurso atual sobre o transexualismo na sexologia, na psiquiatria e em parte na psicanálise faz dessa experiência uma patologia – um “transtorno de identidade” – dada a não-conformidade entre sexo biológico e gênero. Nota-se que o que define o diagnóstico de transexualismo é uma concepção normativa dos sistemas de sexo-gênero, fundamentados numa matriz binária heterossexual que se converte em sistema regulador da sexualidade e da subjetividade⁵. Assim, por contrari-

ar a coerência essencial entre sexo biológico e gênero, não se encaixando em nenhum dos modelos propostos de identidade sexual em conformidade com as práticas discursivas do século XIX, observamos que restou exclusivamente à transexualidade ocupar o espaço que foi aberto pela psiquiatrização da homossexualidade: o de uma patologia da identidade sexual⁴.

Esta premissa foi bastante problematizada por autores como Michel Foucault e Judith Butler. Segundo Foucault, o dispositivo da sexualidade, o qual surgiu na aurora da modernidade, só pode ser compreendido através dos mecanismos de poder e saber que lhes são intrínsecos. Falar de sexualidade é também se referir à produção dos saberes que a constituem, aos sistemas de poder que regulam suas práticas e às formas pelas quais os indivíduos podem e devem se reconhecer como sujeitos sexuados⁶. Em outras palavras, sexo – homem, mulher – não é um simples fato ou uma condição estática, e sim “uma construção ideal forçosamente materializada através do tempo”⁷.

Antigamente, convivíamos mais livremente com a possibilidade da mistura dos sexos. Somente a partir do século XVII é que as teorias biológicas da sexualidade e as condições jurídicas impostas aos indivíduos conduziram pouco a pouco à refutação da idéia da mistura de dois sexos em um só corpo e restringiram “a livre escolha dos indivíduos incertos”⁶. Assim, o dispositivo da sexualidade instaurou a necessidade de saber, através da medicina, qual o sexo determinado pela natureza e, por consequência, aquele que a justiça exige e reconhece. Ser “sexuado” é estar submetido a um conjunto de regulações sociais, as quais constituem uma norma que, ao mesmo tempo em que norteia uma inteligibilidade e uma coerência entre sexo, gênero, prazeres e desejos, funciona como um princípio hermenêutico de auto-interpretação⁷. Neste sentido, “o verdadeiro sexo” é o efeito da naturalização de uma norma materializada⁵.

Retomando historicamente a constituição do discurso científico sobre o sexo, podemos perceber como a norma heterossexual e reprodutiva culminou na constituição do saber psiquiátrico do século XIX e, conseqüentemente, na psiquiatrização do prazer perverso e na problematização da homossexualidade⁸. A partir disso, foi construída uma semiologia dos comportamentos definidos como anormais. Com efeito, na obra de Von Krafft-Ebing⁹ podem ser observadas as primeiras referências sobre transexualismo e a descrição de outras alterações das características psicosssexuais da personalidade, como a metamorfose psicosssexual e o hermafroditismo⁴.

Porém, o surgimento do que Bento¹⁰ denomina de dispositivo da transexualidade não se deu a partir do debate sobre o diagnóstico, mas sim a partir da primeira intervenção terapêutica tornada pública: a cirurgia do ex-soldado do exército americano George Jorgensen realizada por Christian Hamburger, em 1952, na Dinamarca¹¹. Neste contexto, as novas teorias médicas e sociológicas conduziram muitos pesquisadores para uma nova definição do conceito de transexualismo e para a defesa do tratamento dos transexuais através de intervenções corporais. Seus personagens centrais são: Harry Benjamin, endocrinologista alemão, radicado nos Estados Unidos da América; John Money, psicólogo, professor do Hospital Universitário John Hopkins e Roberto Stoller, psicanalista e psiquiatra americano.

Harry Benjamin, considerado até hoje uma das principais referências na teorização sobre o transexualismo, afirma que há uma relação entre o transexualismo e a endocrinologia. Apoiado nos avanços dos estudos biológicos do século XX, em especial os estudos genéticos, propõe que não haveria uma divisão absoluta entre “masculino” e “feminino”, sendo inadequada a determinação do sexo do indivíduo baseada puramente nas diferenças anatômicas. Para ele, o sexo é composto por diversos componentes, de modo que a etiologia do transexualismo e a origem do desejo de mudar o sexo ultrapassariam os aspectos psicológicos, podendo estar associadas a uma causa biológica – genética ou endócrina⁴.

Além da definição proposta por Benjamin, os estudos sobre a transexualidade tomaram força nos Estados Unidos, através de investigações sócio-antropológicas sobre os fatores que influenciavam na definição da identidade sexual. Tais estudos, retomando as discussões entre natureza e cultura, entre inato e adquirido, promoveram a separação conceitual entre sexo (biológico) e gênero (social), apresentando uma nova possibilidade de se compreender fenômenos onde se expressa uma discordância entre eles, favorecendo a consolidação de um campo assistencial e teórico voltado para esses casos.

Um dos autores que se destacaram nesta proposição foi o psiquiatra John Money, que desenvolveu pesquisas com crianças intersexuais, com o objetivo de esclarecer quais as relações entre a identidade nuclear de um indivíduo, sua anatomia, sua fórmula cromossômica e seus hormônios, buscando demonstrar a independência radical entre o social e o biológico. Para Money¹², o comportamento masculino ou feminino é construído socialmente, sendo a educação o principal aspecto mo-

delador do gênero. A partir disso, a noção de gênero para diferenciar o sexo biológico da identidade sexual foi consolidada, sendo que, segundo o autor, esta última seria construída ao longo dos primeiros anos de vida, teria caráter irreversível e só alcançaria sua completa expressão com a maturidade sexual¹².

Outra referência importante para a definição de transexualismo são as teses de Robert Stoller. Para esse autor, a definição de transexualismo se baseia principalmente em três aspectos: (1) um sentimento de identidade permanente, uma crença (no caso do transexualismo masculino) numa essência feminina sem ambiguidades (diferentemente do transvestismo); (2) uma relação com o pênis vivida “como horror”; (3) uma especificidade na relação com a mãe que o autor chama de simbiose. Porém, o autor ressalta que essa relação não pode ser considerada psicotizante, principalmente porque a capacidade de integração social dessas pessoas permanece intacta, contrariando teorizações como as da psicanálise lacaniana, nas quais se destaca a relação entre a transexualidade e a compreensão lógica e estrutural da psicose⁵.

Frente a isso, a apropriação desse fenômeno pela medicina, através da proposição de tratamentos, deu origem a um problema médico-legal, já que esse tipo de intervenção médica não era permitido em todos os países e estava gerando pedidos de redefinição do sexo civil¹³. Nesse contexto, foi necessário que as redesignações sexuais estivessem inseridas em processos terapêuticos formais que culminaram na criação de centros de transgenitalização e na elaboração de protocolos de atendimento, com base na Escala de Orientação Sexual criada por Harry Benjamin. Assim, em 1973, Norman Fisk fundamentou uma nosografia psiquiátrica para o transexualismo, ancorada fundamentalmente num autodiagnóstico e, em 1977, essa condição foi incorporada à categoria psiquiátrica de disforia de gênero, um “híbrido psiquiátrico-sociológico” que tinha como único objetivo responder a necessidades funcionais, apenas reproduzindo o autodiagnóstico numa definição médica da síndrome¹³.

Em 1980, a condição transexual finalmente teve seu lugar formalizado na psiquiatria e na medicina, sendo agregada ao manual diagnóstico psiquiátrico DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais). Posteriormente, em 1994, com a publicação do DSM IV¹⁴, o termo transexualismo, utilizado até então, foi substituído por transtorno de identidade de gênero (TIG), delimitando mais claramente o fato de ser considerado um estado psicológico no qual a identidade de gênero está em desacordo com o sexo biológico.

Nota-se que, embora a transexualidade já fosse um fenômeno reconhecido desde o final do século XIX, as discussões em torno da temática tiveram início apenas a partir da possibilidade de intervenção médica sobre esses casos, viabilizando a constituição de um campo assistencial, em especial nos serviços públicos de saúde, voltado para seu tratamento em diversos países. Porém, como afirmamos, o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero, produto de uma exigência médico-legal, reproduz um sistema normativo de sexo e gênero que não condiz com os modos de subjetivação ou a diversidade das formas de construção de gênero na transexualidade.

A assistência a transexuais na rede pública de saúde no Brasil: a questão do acesso e o cuidado integral

A legalização da cirurgia de transgenitalização e de procedimentos afins foi um processo longo e cercado de diversas discussões que tiveram início em 1979, quando o CFM foi consultado pela primeira vez sobre a inclusão de próteses mamárias em pacientes do sexo masculino (Protocolo nº 1.529/79 CFM¹⁵). Tais discussões, sempre amparadas no Código de Ética Médica e no Código Penal, colocavam em pauta a licitude ética e penal da “cirurgia de conversão sexual”, já que se considerava inicialmente a mesma “mutilação grave” e “ofensa à integridade corporal”. Além disso, foram problematizadas as possíveis implicações jurídicas que tal intervenção geraria, podendo a alteração da genitália servir como argumento para a modificação da identidade sexual, o que poderia estar relacionado ao crime de atribuição de falsa identidade, conforme Artigo 307 do Código Penal.

Entre os diversos debates ocorridos nesse período, destacamos o I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, nos quais pela primeira vez houve uma manifestação favorável à realização da cirurgia. Nesse contexto, a cirurgia de transgenitalização foi considerada a etapa mais importante no tratamento de transexualismo, pela possibilidade de adaptar a morfologia genital ao sexo com o qual o indivíduo se identifica. Esse procedimento foi justificado, inicialmente, através do princípio de beneficência, já que possibilita a integração entre o corpo e a identidade sexual psíquica do interessado, unido aos princípios de autonomia – direito da autodeterminação e de dispor do próprio corpo – e de justiça – o direito de a pessoa não ser discriminada no pleito à cirurgia. Tal premissa deu origem à proposta da Resolução PC/CFM 39/97¹⁶, que su-

gere a adoção deste procedimento cirúrgico, a título experimental, nos casos de transexualismo e, posteriormente, à Resolução nº 1.482¹. Esta define que a cirurgia de transgenitalização e procedimentos afins poderiam ser realizados no Brasil em hospitais universitários ou públicos a título experimental, desde que algumas definições fossem seguidas, destacando-se o acompanhamento psiquiátrico por no mínimo dois anos. Em 2002, a primeira resolução foi revogada pela Resolução nº 1.652¹⁷ que, considerando o estágio atual de tratamento dos casos e o bom resultado estético e funcional das neocolpovulvoplastias e/ou procedimentos complementares, resolve que as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para o feminino podem ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independentemente da atividade de pesquisa, mas seguindo os critérios de acompanhamento já estabelecidos. No caso da neofaloplastia, faloplastia, metoidioplastia, antes de e/ou procedimentos complementares, a realização se manteve condicionada à prática em hospitais universitários ou hospitais públicos adequados para a pesquisa.

A partir dessas resoluções, alguns hospitais universitários do país constituíram programas interdisciplinares para atender à crescente demanda de usuários transexuais. Mesmo considerando o inegável benefício que alguns serviços têm prestado a usuários transexuais, vale destacar que a exigência do diagnóstico como condição de acesso ao tratamento vem sendo continuamente problematizada, através das contribuições realizadas no campo da saúde coletiva, das ciências sociais e da bioética.

A partir do relato de experiências assistenciais, alguns autores destacam que a certeza quanto ao pertencimento ao gênero oposto, a qual às vezes se expressa pela crença numa identidade fixa, se repete no cotidiano do atendimento a pacientes transexuais. Porém, afirmam que a transexualidade não necessariamente fixa uma posição subjetiva e destacam a importância de deslocar a manifestação social da transexualidade da necessidade de traduzi-la imediatamente numa patologia, numa estrutura ou num modo de funcionamento específico, o que nos permitiria escapar da sua psiquiatrização. A experiência transexual, neste sentido, comportaria várias formas singulares de subjetivação^{2,4,7,18}. Além disso, discute-se também que não existe um processo específico de construção das identidades de gênero nos transexuais e desta forma não se deve esperar de transexuais um comportamento fixo, rígido, adequado às normas de feminilidade ou de masculinidade^{12,20}. Outra proposição que tem se destacado no debate é a importância de desvincular a possibilidade da mudança

do registro civil da realização da cirurgia de transgenitalização, já que a permissão para troca de nome e sexo no registro civil resolveria o problema mais agudo da vida cotidiana dos transexuais^{19,20}.

Essas premissas tiveram eco no I Encontro Nacional de Transexuais, realizado em novembro de 2005, em Brasília, do qual se originou o Coletivo Nacional de Transexuais. Embora o movimento social de transexuais só tenha se constituído efetivamente em 2005, podemos observar que desde 2003 existem discussões sobre a formulação de políticas inclusivas para toda a população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), no Brasil, que culminaram nos debates atuais sobre atenção integral a transexuais no Ministério da Saúde. A partir da definição desse grupo como vulnerável à exclusão social, pelo Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD), o mesmo passou a fazer parte da pauta dos gestores de políticas públicas e foi incluído em programas que tivessem como objetivo garantir os direitos de lésbicas, gays, transgêneros e bissexuais²¹.

Nesse contexto, a Secretaria Especial de Direitos Humanos, atualmente vinculada à Presidência da República, iniciou reuniões ambulantes, com o intuito de apresentar essa demanda a diversos órgãos governamentais, assim como sensibilizar e esclarecer representantes do governo quanto à necessidade de formulação de políticas inclusivas aos grupos definidos pelo CNCD.

Além disso, ainda em 2003, o Ministério da Saúde foi solicitado a tomar uma posição em relação à população LGBT, contemplando dois aspectos: que a inclusão da população LGBT no SUS se efetivasse segundo seus princípios fundamentais, a saber, universalidade, integralidade e equidade; e que o Ministério da Saúde consolidasse uma Política Nacional de Saúde para a População LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais).

Nesse sentido, em 2004, o Governo Federal, através dos encaminhamentos do CNCD, lança o **Brasil sem homofobia - programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual**, explicitando o compromisso estatal com a promoção de políticas públicas que garantissem a efetividade dos direitos a essa população. O programa, elaborado a partir das contribuições de lideranças do movimento LGBT, representou uma conquista da sociedade brasileira decorrente de mais de duas décadas de mobilização social, apresentando propostas de ações nos setores Saúde, Educação, Cultura, Trabalho e Segurança Pública, sendo coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos. De qualquer modo, este programa governamental se estrutura em torno do eixo da

violência, enfatizando o combate à discriminação e à homofobia como estratégias fundamentais para a promoção da cidadania, permanecendo a necessidade de implementação de políticas de saúde²².

Diante disto, ainda em 2004, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.227/GM²³, criou o comitê técnico para a formulação da proposta de Política Nacional de Saúde da População LGBT. Este comitê técnico teve seu processo de efetiva institucionalização prejudicado por mudanças na gestão do Ministério da Saúde, já que desde a data de sua formalização (novembro de 2004) até o presente, mudanças contínuas no corpo técnico da instituição, aliadas a entraves na gestão, comprometeram o seu efetivo exercício.

Cabe ressaltar, no entanto, que avanços significativos nas discussões sobre saúde de transexuais vêm se consolidando, através de sólida pactuação de interesses entre o movimento social de transexuais e o Ministério da Saúde. Como efeito da articulação política entre o governo e o movimento de transexuais no Brasil, decidiu-se, durante o XII EBGLT, através de fórum de discussões ampliado entre representantes do Ministério da Saúde e lideranças do movimento LGBT, estender um assento no Comitê Técnico Saúde da População GLTB para transexuais, passando a diferenciar e reconhecer a especificidade de suas demandas, anteriormente associadas e confundidas com as de travestis.

Segundo já explicitaram Costa e Lionço²⁴, a busca pela efetivação dos princípios de universalidade e integralidade, preconizados constitucionalmente desde 1988 e afirmados pela Lei nº 8.080, de 1990, encontram na idéia de equidade sua condição de possibilidade, sendo as políticas de promoção da equidade efeito ou consequência da participação social na gestão das políticas públicas. A gestão participativa e o protagonismo do movimento social são fundamentais para que ações em saúde venham a responder e espelhar as reais necessidades e os valores específicos de diferentes grupos sociais, consumando a proposição de modelos de atenção justos rumo à equidade. Portanto, é necessário reconhecer a unidade dos diferentes segmentos LGBT numa luta comum por visibilidade, ao mesmo tempo em que se considera sua pluralidade interna.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, através do Comitê Técnico Saúde da População GLTB, desencadeou, em fevereiro de 2006, reunião sobre o Processo Transexualizador no SUS, articulando, em um mesmo espaço de formulação, representantes do Ministério da Saúde, do Coletivo Nacional de Transexuais, profissionais da rede pública de saúde que atuam com transexuais e pesquisadores que se dedicam ao tema.

Partindo do fato de que não há nenhuma regulamentação do processo de redesignação sexual no SUS (visto que o fornecimento de medicamentos específicos é irregular), que a cirurgia de transgenitalização não estava, na ocasião, incluída na tabela de procedimentos financiados pelo mesmo e que existem programas de atendimento a transexuais em funcionamento em diversos estados brasileiros, foram colocados em pauta pontos relevantes para a elaboração de protocolos de acompanhamento e avaliação de transexuais orientados pelo Ministério da Saúde.

Além disso, foram discutidos os critérios para realização de outras intervenções somáticas – como implante de silicone nos seios, eletrólise, redução do pomo de Adão, mastectomia e histerectomia –, a inclusão de previsões de distribuição de medicações específicas, a inclusão da cirurgia de transgenitalização na tabela do SUS, a promoção da inclusão desses indivíduos como cidadãos de direitos e a inclusão de transexuais no SUS de forma mais ampla que a questão da cirurgia de redesignação sexual¹⁸.

Sendo assim, evidenciou-se a necessidade de considerar a transexualidade para além da questão pré e pós-operatória, sendo a questão mais complexa e danosa a própria representação social sobre a transexualidade, que patologiza e estigmatiza este segmento populacional. A cirurgia de transgenitalização, comumente apresentada como central na demanda de transexuais, foi problematizada como solução não-consensual entre as diferentes pessoas transexuais. Existindo realidades distintas, há também necessidades distintas quanto à característica das intervenções somáticas que seriam satisfatórias para cada indivíduo. É interessante notar que a discriminação e a conotação patologizante que recai sobre transexuais foram apresentadas como central para o segmento, demandando iniciativas que primem pela humanização do atendimento e pela viabilização e qualificação do acesso dessas pessoas ao sistema de saúde.

Paralelamente à institucionalização do Comitê Técnico Saúde da População GLTB, ainda em 2004, como efeito de uma ação do Ministério Público do Rio Grande do Sul, foi instituído, sob a responsabilidade da Coordenação Geral de Alta Complexidade da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, grupo de trabalho para discutir a inclusão da cirurgia de transgenitalização e procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários na tabela de procedimentos do SUS.

As recomendações decorrentes da reunião sobre o Processo Transexualizador no SUS refletem os anseios do movimento social. Como efeito des-

se processo, o grupo de trabalho da Coordenação Geral de Alta Complexidade foi rearticulado, acolhendo representantes de sociedades médicas, do Conselho Federal de Medicina, do Ministério Público do Rio Grande do Sul, da Defensoria Pública do DF, representante transexual da sociedade civil e representantes de áreas técnicas do Ministério da Saúde. Nessa circunstância, foram analisadas a situação atual da saúde dos transexuais e a assistência dos mesmos nos serviços de saúde pública, a fim de se definirem as diretrizes da assistência a esse público sob a perspectiva da integralidade, da equidade e da humanização da atenção, além de se discutir a inclusão da cirurgia de transgenitalização nas tabelas de procedimentos do SUS.

As discussões técnicas subsequentes se orientam para a proposição de diretrizes comprometidas com a superação do estigma associado à condição transexual, tendo como objetivo delimitar os critérios para o acompanhamento a transexuais no SUS, assim como definir as estratégias de avaliação, implementação e credenciamento de Centros de Referência de Assistência à População Transexual no Brasil. Além disso, o combate à discriminação, que foi considerado fator determinante da condição de sofrimento de transexuais, foi contemplado como estratégia de promoção da saúde, não sendo mais a saúde de transexuais uma questão exclusivamente médico-cirúrgica²¹. Nesse contexto, outros aspectos, como o uso do nome social nas unidades de saúde, tornaram-se uma estratégia de promoção de acesso aos serviços, beneficiando diretamente transexuais e travestis, já que um dos principais fatores da exclusão do sistema é a própria precariedade no acolhimento.

De qualquer modo, como efeito das recomendações oriundas da reunião sobre o Processo Transsexualizador no SUS, as subsequentes discussões internas do referido grupo de trabalho consideraram a pertinência de reformular e atualizar a minuta de portaria proposta em 2004, atendendo às demandas do segmento de transexuais pela integralidade da atenção no processo transsexualizador, bem como à premente exigência de humanização e qualificação da atenção, para além da questão cirúrgica, embora sem dela prescindir.

Neste sentido, e visando a garantir a universalidade e a integralidade na atenção à saúde desse segmento populacional, optou-se pelo esboço de Diretrizes do Ministério da Saúde para o Processo Transsexualizador no SUS, processo este em discussão quando da recente ação do Ministério Público Federal para a pronta inclusão da cirurgia de redesignação sexual na tabela do SUS. Essas diretrizes esboçadas acompanham a proposta estratégica de

implementação e qualificação dos serviços de atenção a transexuais no SUS, prevendo credenciar, junto ao Ministério da Saúde, Centros de Referência para a Atenção Integral ao Processo Transsexualizador do SUS, um por macrorregião. A definição dos serviços a serem credenciados deveria levar em consideração a existência de programas já existentes na rede pública de saúde e a operacionalização dos serviços seria organizada em rede integrada.

As discussões empreendidas no Seminário Nacional Saúde da População GLBTT na Construção do SUS, em agosto de 2007, denunciam a atualidade deste posicionamento por parte do Coletivo Nacional de Transexuais, de pesquisadores e de representantes do Comitê Técnico Saúde da População GLTB do Ministério da Saúde. Ainda que comemorando a decisão do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, o temor de transexuais frente à compulsória liberação das cirurgias no SUS consiste na falta de normatização do processo transsexualizador em sua perspectiva integral, bem como pela patologização de sua condição ser a porta de acesso ao sistema de saúde.

Neste sentido, espera-se que o processo de inclusão do procedimento na tabela do SUS possa levar adiante as recomendações coletivamente construídas por profissionais de saúde, pesquisadores, do Coletivo Nacional de Transexuais e dos técnicos do Ministério da Saúde envolvidos diretamente com a promoção da equidade na saúde deste segmento.

O debate atual sobre a trans-autonomia

Embora a associação do diagnóstico de transexualismo à redesignação sexual tenha viabilizado a institucionalização do debate sobre a assistência dessa clientela na rede pública de saúde, devemos considerar a complexidade que envolve compreender a condição transexual como uma anormalidade, colocando em pauta o paradoxo de que, se por um lado o diagnóstico torna legítima a demanda por redesignação sexual e possibilita o acesso aos serviços de saúde, por outro é raiz de restrições sociais e estigma que afetam diversos níveis da vida desses indivíduos, reforçando sua condição de exclusão social.

Como mencionado antes, o debate em torno da compreensão patologizante do fenômeno transexual tem sido largamente realizado nos dias de hoje, em especial por aqueles que se opõem a sua definição como uma categoria psiquiátrica. Segundo Butler²⁵, podemos observar que há um campo de tensão entre aqueles que estão tentando obter autorização e assistência financeira para realizar a

cirurgia de transgenitalização e aqueles que consideram que o diagnóstico deve ser eliminado completamente, considerando que usuários transexuais têm total condição de dispor sobre seu corpo.

Nesta discussão, para os defensores do transexualismo como categoria nosológica, entre os quais estão alguns membros da comunidade LGBT, psiquiatras, psicólogos e pesquisadores, essa definição tem função de extrema importância, pois garante o reconhecimento do direito do paciente transexual de utilizar o serviço de saúde para realizar a conversão sexual. Segundo esta posição, através do diagnóstico psiquiátrico, o desejo de realizar a cirurgia de transgenitalização e procedimentos afins pode ser concretizado a partir de uma necessidade médica, possibilitando, assim, uma modalidade de exercício de autonomia²⁵. A argumentação crítica ao diagnóstico se baseia na tese de que a qualificação deste fenômeno não está relacionada a qualquer alteração de função, mas à percepção de uma inadequação às normas de gênero. Para eles, a transexualidade deve ser compreendida como uma entre muitas possibilidades humanas de determinação do próprio gênero, considerando que, quando é associada a uma compreensão patológica, enfraquece o que Butler²⁵ denomina de trans-autonomia. Desse modo, questionam a avaliação médico-psicológica como condição de acesso ao tratamento, além de problematizarem as consequências inerentes à definição dessa condição como doença.

Observamos que existem duas formas diferentes de abordar a questão da autonomia, que se expressam na forma como cada uma compreende a autodeterminação e a medicalização. De um lado, há uma visão que admite a necessidade de condições específicas para o exercício da autonomia plena, ou seja, que não é possível pressupor o exercício da autonomia numa população que se encontra numa situação de extrema vulnerabilidade, con-

siderando que a mesma não é um conceito, mas uma prática socialmente condicionada; e de outro, há a argumentação que sugere que nesta situação a prática da trans-autonomia seria enfraquecida, ou até mesmo comprometida, ao estar sujeita a determinado tipo de avaliação e enquadramento psiquiátrico e psicológico.

No entanto, ao fazer uma revisão sobre os aspectos que constituem o transtorno de identidade de gênero, podemos perceber que a definição do diagnóstico reitera as interpretações normativas sobre o gênero masculino e o feminino de nossa sociedade, medicalizando as condutas desviantes a partir das supostas “verdades” de cada sexo. Além disso, parte-se do pressuposto de que existe uma identidade transexual universal, a qual é revestida de uma série de preconceitos, os quais invariavelmente afetam a vida desses indivíduos e interferem na determinação de si. Assim, mesmo diante da proposta de uma utilização puramente estratégica do diagnóstico, podemos notar que o dilema referente às consequências da definição da transexualidade como uma desordem não se esgota – seja pelos sacrifícios envolvidos em assumir a condição de doente, seja pelo risco de internalização de alguns desses aspectos patológicos.

Portanto, consideramos de fundamental importância manter um campo de reflexão sobre o tema, a fim de promover um deslocamento que permita aos serviços de assistência a pacientes transexuais acolher integralmente esses indivíduos, valorizando sua diversidade e sem estar fixados apenas na exigência institucional de confirmação do diagnóstico.

É importante levar sempre em conta que certos tipos de “identidade de gênero” parecem ser meras falhas do desenvolvimento, ou impossibilidades lógicas, porque não se conformam às normas da inteligibilidade cultural vigente⁷.

Colaboradores

M Arán, D Murta e T Lionço trabalharam em todas as etapas do estudo e fizeram a revisão final do artigo. M Arán foi responsável pela concepção do artigo e escreveu as primeira e terceira partes em conjunto com D Murta. T Lionço escreveu a segunda parte.

Referências

1. Brasil. Resolução nº 1.482 de 19 de setembro de 1997. Autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. *Diário Oficial da União* 1997; 19 set.
2. Arán M, Murta D, Zaidhaft S. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia e Sociedade* 2008; 20(1):70-79.
3. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Assistência Pública no Brasil. *Relatório final* [acessado 2006 jan 05]. Disponível em: http://www.ims.uerj.br/transexualidade_saude/
4. Murta D. *A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero sobre as práticas de saúde* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, UERJ; 2007.
5. Arán M. A Transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora - Estudos em Teoria Psicanalítica* 2006, 9(1):49-63.
6. Foucault M. *História da Sexualidade I. A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
7. Butler J. *Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
8. Peixoto Jr. CA. *Metamorfoses entre o sexual e o social: uma leitura da teoria psicanalítica da perversão*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.
9. Von Krafft-Ebing R. *Psychopathia sexualis: as histórias de caso*. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
10. Bento B. *A reinvenção do corpo. Sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
11. Frignet H. *O transexualismo*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 2002.
12. Money J. Sex reassignment as related to hermaphroditism and transsexualism. In: Green R, Money J, editors. *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: The Johns Hopkins Press; 1969. p. 91-114.
13. Castel PH. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia de "fenômeno transexual" (1910 - 1995). *Revista Brasileira de História* 2001, 21(41):77-111.
14. American Psychiatric Association. *DSM - IV - TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed; 2002.
15. Conselho Federal de Medicina. Protocolo nº 1.529/79. [acessado 2006 abr 22]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmba/pareceres/1980/3_1980.htm
16. Conselho Federal de Medicina. Parecer e Proposta de Resolução PC/CFM/ nº 39/97. [acessado 2006 abr 22]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1997/39_1997.htm
17. Resolução nº 1652 de 2 de dezembro de 2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização e revoga a Resolução CFM 1482/97. *Diário Oficial da União* 2002; 2 dez.
18. Lionço T. *Um olhar sobre a transexualidade a partir da perspectiva da tensionalidade somato-psíquica* [tese]. Brasília (DF): Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2006.
19. Zambrano E. *Trocando os documentos: um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo* [dissertação]. Porto Alegre (RS): Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS; 2003.
20. Ventura M. *Transexualismo e respeito à autonomia: um estudo bioético dos aspectos jurídicos e de saúde da "terapia para mudança de sexo"* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
21. Graner B, Stefanie A, Lionço T. Movimento GLBT e transexualidade nas políticas públicas de saúde no Brasil: idiosincrasias e sincronismos. In: *Seminário Internacional Fazendo Gênero, 7*, 2005; Florianópolis: UFSC. [acessado 2006 out 23]. Disponível em: http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/G/Graner-Stefanie-Lionco_16.pdf
22. Ramos S. Violência e homossexualidade no Brasil: as políticas públicas e o movimento homossexual. In: Grossi MP, Becker S, Losso JCM, Muller RCF, Porto RM, organizadoras. *Movimentos sociais, educação e sexualidades*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
23. Brasil. Portaria nº 2.227/GM de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a constituição do Comitê Técnico para a formulação da proposta de Política Nacional de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - GLTB. *Diário Oficial da União* 2004; 14 out.
24. Costa AM, Lionço T. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade na saúde? *Saúde e Sociedade* 2006, 15(2):47-55.
25. Butler J. *Undoing Gender*. New York/London: Routledge; 2004.

Artigo apresentado em 04/12/2007

Aprovado em 27/06/2008