



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO**

MANOEL RUFINO DAVID DE OLIVEIRA

**DESPATOLOGIZAÇÃO DAS VIVÊNCIAS TRANS: O IMPACTO DA ABOLIÇÃO DO
DIAGNÓSTICO DE GÊNERO NOS DIREITOS DAS PESSOAS TRANS**

BELÉM

2017

MANOEL RUFINO DAVID DE OLIVEIRA

**DESPATOLOGIZAÇÃO DAS VIVÊNCIAS TRANS: O IMPACTO DA ABOLIÇÃO DO
DIAGNÓSTICO DE GÊNERO NOS DIREITOS DAS PESSOAS TRANS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito, da Universidade Federal do Pará – UFPA, como requisito para obtenção do título de mestre em Direito (Área de Concentração: Direitos Humanos).

Orientador: Prof. Dr. Raimundo Wilson Gama Raiol.

BELÉM

2017

Dados Internacionais de Catalogação- na-Publicação (CIP)
Biblioteca José Carlos Castro ICJ/UFPA

Oliveira, Manoel Rufino David de

Despatologização das vivências trans: o impacto da abolição do diagnóstico de gênero nos direitos das pessoas trans / Manoel Rufino David de Oliveira; Orientador, Raimundo Wilson Gama Raiol. - 2017.

Inclui bibliografias

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Jurídicas. Programa de Pós-Graduação em Direito, Belém, 2017.

1. Transexualidade. 2. Bioética. 3. Direitos humanos. I. Raiol, Raimundo Wilson Gama, orientador. II. Título.

CDDir. 341.27

MANOEL RUFINO DAVID DE OLIVEIRA

**DESPATOLOGIZAÇÃO DAS VIVÊNCIAS TRANS: O IMPACTO DA ABOLIÇÃO DO
DIAGNÓSTICO DE GÊNERO NOS DIREITOS DAS PESSOAS TRANS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito, da Universidade Federal do Pará – UFPA, como requisito para obtenção do título de mestre em Direito (Área de Concentração: Direitos Humanos).

Orientador: Prof. Dr. Raimundo Wilson Gama Raiol.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Raimundo Wilson Gama Raiol - Orientador
(Programa de Pós-Graduação em Direito/UFPA)

Prof^a. Dr^a. Mônica Prates Conrado - Examinadora
(Programa de Pós-Graduação em Direito/UFPA)

Prof^o. Dr. Jean-François Y. Deluchey - Examinador
(Programa de Pós-Graduação em Direito/UFPA)

AGRADECIMENTOS

Ao longo de dois anos de mestrado, fiz incontáveis viagens de ônibus por Belém, indo ao campus de minha universidade e dela voltando para casa. O calor fatigante sempre me fez ficar sentado à janela, observando o movimento das ruas. Em uma dessas viagens, retornando das aulas da pós-graduação, tive o prazer de ouvir na rádio do ônibus a música “*Since Man Has Gone And Went*” cantada por Maya Angelou. O timbre de voz único da cantora – que mais tarde descobriria se tratar de uma escritora e ativista estadunidense – prendeu-me a atenção e seu nome ficou gravado em minha mente. Um dia aquela voz seria importante para mim.

Semanas depois, minha intuição me fizera ir à livraria local e procurar algum livro. Passar meu tempo de folga lendo um livro era a última coisa que eu gostaria de fazer, afinal tinha acabado de me graduar em Direito, estava imerso em leituras do mestrado e ainda havia começado a escrever os esboços de minha dissertação. Mesmo assim, ao chegar à livraria, não hesitei e adquiri o livro “*Celebrations: rituals of peace and prayer*”, no qual, Maya Angelou ensina, com a delicadeza que lhe é característica, que toda pessoa deveria ter a gratidão como um travesseiro, sobre o qual se ajoelhe toda noite no momento de oração. A gratidão é o primeiro passo para energizar a alma e curar o coração e, em razão disso, gostaria de aqui agradecer às referências de apoio recebidas e conquistadas ao longo desses anos.

Em primeiro lugar, agradeço minha mãe e melhor amiga, Débora David, por não medir esforços em me ver feliz e realizado. Você contribuiu de todas as formas possíveis com esta dissertação, emocional, intelectual e financeiramente. É minha responsabilidade honrar seu esforço, compartilhando conhecimento e positividade com o mundo. Agradeço também à equipe do programa de pós-graduação, em especial meu orientador Raimundo Raiol e meus professores Paula Arruda, Mônica Conrado e Jean-François, por contribuírem com sua sabedoria e levantarem meu entusiasmo para com a pesquisa. Aos meus amigos, de longa e de curta data, meus profundos agradecimentos por me fazerem lembrar que há uma vida colorida e divertida para além da dissertação. Continuarei minha jornada em busca de meus sonhos e de meu lugar no mundo, feliz por ter cruzado com vocês ao longo desse caminho e os carregando carinhosamente em meu coração.

A gratidão, não se preocupem, continuará sendo meu travesseiro.

RESUMO

O propósito deste estudo é arguir acerca do impacto da abolição do diagnóstico de gênero nos direitos reconhecidos às pessoas trans no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Metodologicamente, optou-se pelas pesquisas bibliográfica, embasada principalmente em autores como Berenice Bento (2006), Pierrri Henri Castel (2001) e Miriam Ventura (2010), e pesquisa documental, centrada em manuais diagnósticos internacionais e em normativas brasileiras que regulamentam o Protocolo Transexualizador. Além disso, realizou-se pesquisa de campo, com coleta de dados mediante entrevistas semi-dirigidas junto às pessoas trans usuárias do Protocolo Transexualizador no âmbito do Ambulatório TT, cujas declarações compuseram o *corpus* do traçado empírico desta dissertação, ao mesmo tempo em que ilustraram e reforçaram a argumentação sobre o objeto de pesquisa. Para desenvolver essa temática, almejou-se, em primeiro lugar, apresentar e discutir as formulações contemporâneas sobre gênero, para compreendê-lo como uma categoria analítica e política. Com o intuito de delimitar os entendimentos de “gênero” e de “vivência trans” adotados neste trabalho, resgatou-se a tutela das demandas da população trans no Direito Internacional dos Direitos Humanos e no ordenamento jurídico brasileiro. Na segunda parte do trabalho, examinou-se o processo histórico em que foi construído o dispositivo da transexualidade, analisando-se a cronologia do “fenômeno transexual” a partir do discurso médico-científico e dos manuais diagnósticos internacionais, a fim de verificar como esse dispositivo se perpetua no Direito e na Bioética. Na terceira parte da pesquisa, foram analisadas as políticas públicas de saúde voltadas à saúde integral das pessoas trans, bem como ressaltadas as dinâmicas de exclusão social, enfrentadas pelos usuários do Processo Transexualizador do SUS em razão da patologização das vivências trans. Investigou-se como a estratégia de despatologização da transexualidade é desenvolvida no âmbito internacional e nacional, averiguando-se as implicações jurídicas e bioéticas da aplicação desse modelo de inclusão social em nosso país. Ao final, admitiu-se a viabilidade da despatologização das vivências trans como um modelo de inclusão, desde que aplicada condicionadamente a partir de um parâmetro de saúde centrado no completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo e que os direitos das pessoas trans sejam assegurados por uma lei de identidade de gênero.

Palavras-chave: Vivências trans. Sistema Único de Saúde. Despatologização. Bioética.

ABSTRACT

The aim of this study is to discuss the impact of trans depathologization on the rights of trans people within the Unified Health System (SUS). The methodology consisted in a bibliographical research, based mainly on authors such as Berenice Bento (2006), Pierri Henri Castel (2001) and Miriam Ventura (2010), and a documental research, based on documental references such as international diagnostic manuals and executive regulations of the “Protocolo Transexualizador”. In addition, the field research was conducted through data collection with semi-directed interviews of transgender users of the “Protocolo Transexualizador” within the “Ambulatório TT”, whose statements made up the corpus of the empirical tracing of this dissertation, at the same time in which illustrated and reinforced the argument about the research object. In order to do so, at first, it was discussed the definitions of gender in the social theories, in order to understand how gender can be understood as an analytical and political category. With the purpose of delimiting the understanding of “gender” and “trans experiences” adopted in this research, it was also analyzed how the demands of trans population are recognized at an international and national level. Therefore, in the second part of the study, it was examined the historical process through which the transsexuality dispositive was constructed, based in chronological analysis of the "transsexual phenomenon", as well as verifying how the transsexuality dispositive is perpetuated in law and bioethics. In the third part of the research, it was analyzed how the public health policies focused on the health of the Brazilian trans population pathologizes the trans experiences, highlighting the reality of social exclusion faced by the users of the “Protocolo Transexualizador” of the SUS. Furthermore, it was investigated the development of trans depathologization project at an international and national level and the legal and bioethical implications of the application of this strategy in Brazil. At the end, it was revealed that the trans depathologization is a viable strategy of social inclusion, only if applied from a parameter of health as complete physical, mental and social well-being and reassured by a gender identity law.

Keywords: Trans Experiences. Unified Health System. Trans Depathologization. Bioethics.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - Associação Americana de Psiquiatria

AMBULATÓRIO TT - Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais

CADH – Convenção Americana sobre Direitos Humanos

CFM – Conselho Federal de Medicina

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CIDH – Comissão Interamericana de Direitos Humanos

DIDH – Direito Internacional dos Direitos Humanos

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PL – Projeto de Lei

MS – Ministério da Saúde

SIDH – Sistema Interamericano de Direitos Humanos

SOC – *Standards of Care*

STF – Supremo Tribunal Federal

STP– *Stop Trans Pathologization*

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	11
1	DIREITOS HUMANOS E CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA DAS PESSOAS TRANS.....	23
1.1	Sexo, gênero e sexualidade na contemporaneidade: a compreensão do gênero como categoria analítica e política.....	24
1.2	A inclusão da identidade de gênero na pauta dos Direitos Humanos: a cidadania das pessoas trans no Direito Internacional dos Direitos Humanos.....	42
1.2.1	O Sistema Global de proteção dos Direitos Humanos e a cidadania internacional das pessoas trans.....	43
1.2.2	O Sistema Interamericano de Direitos Humanos e a cidadania internacional das pessoas trans.....	50
1.3	A cidadania das pessoas trans no Brasil: panorama da ação dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.....	55
1.3.1	Tutela das demandas das pessoas trans no âmbito do Poder Legislativo.....	57
1.3.2	Tutela das demandas das pessoas trans no âmbito do Poder Judiciário.....	60
1.3.3	Tutela das demandas das pessoas trans no âmbito do Poder Executivo.....	65
2	HISTORIOGRAFIA DA PATOLOGIZAÇÃO DAS VIVÊNCIAS TRANS: A EMERGÊNCIA DO DISPOSITIVO DA TRANSEXUALIDADE.....	70
2.1	Historiografia da patologização das vivências trans: a emergência do dispositivo da transexualidade no discurso médico-científico.....	71
2.1.1	Primeira fase: o propósito de descriminalização das práticas sexuais “desviantes” e solução terapêutica da sexologia.....	73
2.1.2	Segunda fase: “revolução hormonal” e behaviorismo endocrinológico.....	74
2.1.3	Terceira fase: consolidação das bases endócrino-sociológicas do “transexualismo”.....	76
2.1.4	Harry Benjamin, Robert Stoller e a emergência da figura do “transexual verdadeiro”.....	80
2.1.5	Quarta fase: reivindicação libertária da despatologização da transexualidade.....	85
2.3	Historiografia da patologização das vivências trans: a cristalização do dispositivo da transexualidade nos manuais diagnósticos internacionais.....	86
2.4	A reprodução da categoria diagnóstica do “transexual verdadeiro” pelos domínios da Medicina, da Bioética e do Direito.....	97
3	ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE TRANS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A DESPATOLOGIZAÇÃO DAS VIVÊNCIAS TRANS.....	105
3.1	A efetivação de políticas públicas voltadas à saúde integral da população brasileira trans no âmbito do Sistema Único de Saúde.....	106
3.1.1	A normatização das vivências trans no Brasil: análise da evolução das Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM).....	109
3.1.2	O protocolo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): análise da evolução das Portarias do Ministério da Saúde (MS).....	114
3.1.3	Dinâmicas de exclusão no âmbito da atenção integral à saúde de travestis e transexuais: críticas ao Protocolo Transexualizador.....	120

3.2	Conhecendo as experiências e trajetórias das pessoas trans na utilização do Protocolo Transexualizador: análise do discurso dos usuários do Ambulatório TT.....	124
3.3	Argumentos em torno da patologização das vivências trans e da existência do diagnóstico de gênero.....	138
3.3.1	Argumento da “diferença natural entre os gêneros”: as pessoas trans devem ser patologizadas pois o “natural” é ser cisgênero?.....	139
3.3.2	Argumento da “visão suicidógena”: a patologização das vivências trans se justifica em razão das pessoas trans serem “potencialmente suicidas”?.....	143
3.3.3	Argumento da “autoridade científica”: seriam os manuais diagnósticos internacionais produções científicas incontestáveis?.....	147
3.3.4	Argumento das “concessões estratégicas”: deve se manter o diagnóstico de gênero para assegurar os direitos à saúde já conquistados?.....	152
3.4	Discutindo soluções inclusivas: apreciação da viabilidade de um modelo inclusivo de despatologização das vivências trans.....	156
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	172
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	178
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	184
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	185
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA.....	186
	GLOSSÁRIO.....	187

INTRODUÇÃO

O inarredável progresso científico e tecnológico no campo da Medicina implica na maior necessidade das diversas estruturas que sustentam nossa sociedade de se readequarem. Os crescentes avanços biotecnocientíficos e sua incorporação na Medicina vêm permitindo realizar transformações nos corpos e intervenções nos processos de vida e de morte, até então de difícil ou impossível realização. Na vigência desse paradigma biotecnocientífico, Miriam Ventura (2007, p. 10) considera a sexualidade humana uma das dimensões da vida humana que mais sofreu profundas mudanças no campo do saber-fazer.

Nesse contexto de aceleradas transformações da sociedade tecnológica no campo da saúde e seus respectivos impactos no domínio da sexualidade humana, Castel (2001, p. 79) aponta que a possibilidade de modificação cirúrgica da anatomia sexual primária e secundária da pessoa humana, além de abrir espaço para essa demanda, promoveu um debate sobre os parâmetros para a definição do sexo e as consequências da modificação do mesmo, e assim, fomentou uma discussão acerca dos conflitos morais decorrentes do acesso das pessoas trans¹ aos recursos disponíveis para as transformações corporais necessárias e/ou desejadas para seu completo bem-estar físico, mental e social.

A viabilidade técnica para readequação do corpo do indivíduo ao seu gênero, associada à necessidade de normatizar o acesso das pessoas trans a esses procedimentos, tornou as vivências trans² uma questão médica e, em razão de elas subverterem o alinhamento supostamente convencional no binômio sexo/gênero, passaram a ser tratadas como patologia pelos domínios da Medicina, da Psiquiatria, da Psicologia e do Direito.

Desde sua inclusão no Código Internacional de Doenças, em 1980, a transexualidade e a travestilidade são entendidas como patologias, ou seja, disfunções fisiológicas e/ou

¹ Adota-se, neste trabalho, o termo “trans” para se referir, de modo geral, a todas as vivências identitárias contempladas dentro das identidades de gênero. É necessário esclarecer que trans é um termo guarda-chuva (*umbrella term*) que deriva da abreviação do prefixo constante em diversas palavras que expressam diferentes identidades, como os homens e as mulheres transexuais e as travestis. Além disso, esse termo guarda-chuva é mais inclusivo por também englobar pessoas que se identificam fora do sistema normativo binário de gênero, ou seja, fora dos padrões hegemônicos de masculino e feminino, tais como pessoas agênero, *genderqueer*, gênero fluido, dentre outras. Portanto, o referido termo será utilizado neste trabalho por ser mais difundido dentro da comunidade trans pelo fato de ser considerado o mais adequado, evitando-se classificações excludentes. Apenas não será utilizado quando se fizer necessária a particularização do indivíduo de acordo com sua identidade de gênero específica, individualizada de cada termo (travesti, transexual), de acordo com a particularidade da discussão.

² Utiliza-se, neste trabalho, o termo “vivências trans” como termo guarda-chuva para se referir às experiências das pessoas trans na percepção e na construção da sua identidade de gênero. Assim como o termo “trans” abarca uma variedade de identidades de gênero, a nomenclatura “vivências trans” busca englobar a diversidade de vivências de identidade de gênero compreendida na transexualidade, na travestilidade e nas transgeneridades não-binárias. Optou-se pela utilização desse termo em razão de comunicar, de forma mais expressa, que a transgeneridade é um modo de viver, algo tão natural quanto a cisgeneridade.

anatômicas que podem configurar uma enfermidade. Na necessidade de estabelecer os parâmetros de assistência médica e psiquiátrica às vivências trans, a comunidade médica e psiquiátrica internacional realizou a patologização³ dessas vivências de identidade de gênero e condicionou o reconhecimento da existência destas a um diagnóstico de gênero.

Atualmente, esse diagnóstico de gênero é feito com base na nosografia médica e psiquiátrica de manuais diagnósticos internacionais⁴, tais como a própria Classificação Internacional de Doenças (CID-10), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), publicado pela Associação de Psiquiatria Americana (APA). Esses documentos médicos oficiais citados classificam as vivências trans como “transtorno de identidade de gênero”, no caso do Código Internacional de Doenças (CID-10), e “disforia de gênero”, no caso do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), respectivamente.

O Código Internacional de Doenças (CID-10), em sua nosografia médica, define as vivências trans, de maneira geral e universal, como “transexualismo”, na classe diagnóstica de “transtornos de identidade de gênero”, a qual engloba não somente a categoria de “transexualismo”, mas também a de “travestismo bivalente”, “transtorno de identidade de gênero na infância”, “outros transtornos de identidade de gênero” e “transtornos de identidade de gênero não especificados”. Acerca do diagnóstico criado para a definição de

3 Neste trabalho, optou-se por utilizar o termo “patologização do gênero” em vez do termo “psiquiatrização do gênero”, não somente pelo fato de ser o termo utilizado pela campanha *Stop Trans Pathologization*, mas principalmente por existir um conjunto de saberes polimorfos que se articulam para produzir normas disciplinadoras de corpos e sexualidades, as quais vão além da Psiquiatria, envolvem os domínios da Medicina, da Psicologia e da Psicanálise. Para Berenice Bento e Larissa Pelúcia (2012, p. 575), embora os manuais diagnósticos sejam documentos que tratem a transexualidade e travestilidade sob uma vertente psiquiátrica, o fenômeno da patologização do gênero “consegue se materializar em políticas do corpo nos programas de identidade de gênero e em políticas de Estado, uma vez que compartilha com os outros saberes as mesmas bases fundacionais definidoras do gênero” (BENTO & PELÚCIO, 2012, p. 575). Um exemplo da necessidade da utilização do termo “patologização do gênero” encontra-se na experiência francesa em torno da despatologização da transexualidade. Segundo Miguel Missé (2010, p. 51-52), o Ministério de Saúde Francês, no ano de 2010, eliminou os “transtornos de identidade de gênero” da lista de enfermidades psiquiátricas (ALD-23), despsiquiatrizando as vivências trans. Entretanto, o governo Francês não despatologizou a transexualidade e a reclassificou em um novo grupo, o das enfermidades de causa indeterminada (ALD-31). Dessa forma, para evitar esse tipo de reclassificações que perpetuam as vivências trans enquanto patologias, o movimento trans em nível global preferiu usar o termo patologização a empregar psiquiatrização, de forma a lutar para que as vivências trans não fossem consideradas enfermidades mentais e nem enfermidades orgânicas em decorrência da “despatologização”.

⁴ Nesta pesquisa, não se utilizou como referência de análise a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), organizada pela OMS, uma vez que as vivências de identidade de gênero não foram apropriadas pela Medicina como cerceamento da funcionalidade ou da capacidade, associadas a uma condição de saúde, mas sim como transtornos mentais. Em razão disso, as vivências trans ficaram restritas às categorias diagnósticas do DSM e do CID, exclusas da nosografia do CIF. Para maiores esclarecimentos da razão de a transexualidade e as demais vivências identitárias não se enquadrarem nessa classificação da OMS, ver Teresa Hardy (2013).

“transexualismo”, o CID-10 descreve, na sua categoria F. 64.0, que este é:

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 ao 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 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993, p. 238)

No âmbito do CID-10, as vivências trans foram patologizadas em diversas categorias diagnósticas, indo para além dos casos citados de “transtorno de identidade de gênero”, inseridos na classe diagnóstica de “desordens da preferência sexual”, sendo ainda identificados como “travestismo fetichista”. Dessa forma, para a comunidade médica, as vivências trans, principalmente a transexualidade e a travestilidade, são manifestações desses quadros diagnósticos.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), por sua vez, em sua nosografia psiquiátrica, classifica as vivências trans como casos de “Disforia de gênero em crianças”, “Disforia de gênero em adolescentes e adultos”, “Outra disforia de gênero especificada” e “Disforia de gênero não especificada”. Então, ao seguir o modelo do DSM-V, as vivências trans podem ser atualmente enquadradas, de forma geral, como disforia de gênero:

para uma pessoa ser diagnosticada com disforia de gênero, deve haver uma diferença marcante entre o gênero expresso/experenciado pelo indivíduo e o que lhe seria atribuído por outras pessoas, situação que deve permanecer por pelo menos seis meses (...) a disforia de gênero se manifesta de diversas formas, incluindo um forte desejo em ser tratado como membro de gênero oposto, de livrar-se de características sexuais indesejadas ou, ainda, por uma forte convicção de que a pessoa tem sentimentos e reações típicas do outro gênero (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 452-453)

No contexto brasileiro, a patologização das vivências trans e os diagnósticos de gênero anteriormente citados são reproduzidos pelas normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Ministério da Saúde (MS), reguladoras do acesso das pessoas trans aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). A Portaria 1.707/2008⁵ do Ministério da Saúde, ao instituir que as cirurgias de transgenitalização fossem custeadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e criar o Protocolo Transexualizador⁶, fizera-o sob a condição de que, para sua

⁵ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html. Acesso em: 05/01/2017

⁶ Utiliza-se neste trabalho o termo “Protocolo Transexualizador” em referência ao termo presente na Portaria nº 1.707/2008 do Ministério da Saúde, a qual disciplina e normatiza as práticas de medicina terapêutica entendidas por Tatiana Lionço (2009, p. 44) como um conjunto de estratégias de atenção à saúde que consistem num processo de transformação dos caracteres sexuais primários e secundários, mediante “ações necessárias à garantia do direito à saúde circunscritas à passagem para a vivência social no gênero em desacordo com o sexo

utilização, o usuário deveria obter o diagnóstico de “transexualismo”, conforme exarado na Portaria 457/2008⁷ do Ministério da Saúde:

caso seja identificado que não se sustente o diagnóstico de transexualismo, o usuário deverá ser encaminhado ao serviço que melhor lhe convier, ficando a cargo da equipe multiprofissional verificar a pertinência e potencialidade terapêutica das intervenções oferecidas pela mesma no caso deste usuário específico

Embora as pessoas trans tenham conquistado importantes direitos à saúde, ainda estão “amarradas” ao poder médico, na dependência de que só poderão ser consideradas aptas para utilizar o Protocolo Transexualizador mediante o diagnóstico de “transexualismo”, este embasado nas nosografias médica e psiquiátrica. Nesse caso, verifica-se que as pessoas trans usuárias dos serviços do SUS se condicionaram a mostrar para a equipe médica o que esta espera ver: um modelo hegemônico e universal de pessoa transexual reproduzido pelos manuais diagnósticos, um “transexual verdadeiro”.

Essa construção hegemônica da concepção de pessoa transexual foi construída a partir do discurso médico, desde a primeira publicação de estudos de indivíduos transexuais, realizada em 1912 por Magnus Hirschfeld, em seu livro “Der Erotische Verkleidungstrieb (Die Transvestiten)”, e sedimentada por teóricos como Harry Benjamin e Robert Stoller, em suas obras “Transvestism and transexualismo” e “A experiência transexual”, respectivamente. As referidas bases teóricas criaram uma figura universalizante e rígida do que seria um “transexual verdadeiro”, pautadas em diversos requisitos sintomáticos que deveriam estar presentes em uma pessoa para esta ser de fato transexual.

Em suma, verificou-se que essa construção do “transexual verdadeiro” pela literatura científica médica foi cristalizada nos manuais diagnósticos internacionais, entre estes, o CID e o DSM. Posteriormente, foi reproduzida em nosso país, onde o “transexual verdadeiro” seria definido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e também perpetuado por normativas e práticas das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no âmbito do Protocolo Transexualizador.

de nascimento” (LIONÇO, 2009, p. 44). Essa escolha se deve ao fato de a referida nomenclatura se encontrar assentada nas políticas de saúde do SUS e seu uso ter se popularizado tanto entre os profissionais de saúde quanto entre os usuários dos serviços. Entretanto, a nomenclatura Protocolo Transexualizador é semanticamente equivocada, pois o protocolo médico em questão não torna ninguém transexual, apenas consiste em instrumentos de promoção de saúde e bem-estar para essa população que já se reconhece enquanto uma pessoa *trans*, independente de ter realizado terapias hormonais, cirurgias corretivas e cirurgia transgenitalizadora ou não. Dessa forma, seria mais cabível que o protocolo médico em questão fosse denominado como “programa de atenção integral à saúde *trans*”.

⁷ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html. Acesso em 05/01/2017.

De acordo com as definições da Resolução nº 1.955/2010 do Conselho Federal de Medicina, em nosso país, o “transexual verdadeiro” caracteriza-se somente quando a pessoa apresenta as seguintes características: desconforto com o sexo anatômico natural; desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; ausência de transtornos mentais. A pessoa que se distanciar de, pelo menos, um desses requisitos está excluída de qualquer política de saúde do SUS direcionada para a saúde integral da pessoa trans.

Berenice Bento (2006), em seu célebre livro “A experiência transexual”, a partir da escuta das narrativas de vida e da análise das experiências no SUS de diversas pessoas trans, concluiu que esse modelo do “transexual verdadeiro” mais produz exclusão do que assegura direito. A autora verificou que as pessoas trans, na sua grande maioria, não se encontram abarcadas pelo diagnóstico de “transexual verdadeiro”, pelo fato de o universo de vivências trans ser extremamente diverso e muito distante das definições rígidas do diagnóstico. Logo, as alternativas para essas pessoas são ou ficarem excluídas do acesso aos direitos à saúde ou mentirem para os profissionais de saúde com o objetivo de assegurar que preenchem todas as expectativas do que seria um “transexual verdadeiro”.

Em razão dessa situação patente de desigualdade de gênero, a patologização das vivências trans é questionada por diversos flancos, seja, a partir da própria Medicina, que reconhece a dificuldade de definir o sexo biológico diante da pluralidade de elementos a serem considerados e que nem sempre levam a resultados coincidentes; seja por parte de teorias contemporâneas identificadas sob o rótulo *queer*, ao questionarem o próprio conceito de “sexo” como dado natural e afirmarem tratar-se de construção social; seja, ainda, por parte do ativismo *trans*, que, de um lado busca combater o estigma da patologização e, de outro, reivindicar seus direitos.

No que tange à atuação do transativismo, acerca do questionamento dessas dinâmicas de desigualdade de gênero engendradas a partir da patologização das vivências de identidade de gênero, desponta o projeto médico-político de despatologização das vivências trans. Despatologizar as vivências trans seria uma estratégia política de inclusão social das vivências trans e de negociação com o saber médico, com a retirada dessas vivências dos catálogos médicos de doenças mentais, de forma que não sejam mais classificadas como enfermidades, e sim como vivências de identidade de gênero.

Salienta-se que esse modelo de inclusão social das diversas vivências trans já foi aplicado por legislações estrangeiras frente à pressão do movimento pela despatologização,

assim como verificado pela Lei de Reconhecimento de Gênero na Irlanda (*Gender Recognition Bill*) e pela Lei de Identidade de Gênero, Expressão de Gênero e Características Sexuais da Ilha de Malta (*GIGESC Bill*), ambas sancionadas no ano de 2015. Ademais, existe uma forte pressão exercida por diversas entidades da sociedade civil no âmbito dos países da América Latina para esse pleito ser amplamente discutido, haja vista a Lei de Identidade de Gênero da Argentina (*Ley n° 26.743 de 2012*) representar um marco legal da aplicação desse modelo de abolição do diagnóstico de gênero e inclusão das diversas vivências de identidade de gênero.

Em consequência disso, no ano de 2008, o Ministério da Saúde instituiu o custeio das cirurgias de transgenitalização pelo SUS e a criação de um protocolo de saúde direcionado à atenção integral da saúde das pessoas trans. A partir de então, começou-se a pleitear em nosso país o fim do diagnóstico de gênero como requisito de acesso a esses direitos. A patologização das vivências trans e a imposição de um diagnóstico de gênero são capazes de gerar uma série de dinâmicas de desigualdade de gênero que deslegitimam a autonomia das pessoas trans sobre suas identidades e seus corpos.

Em contrapartida, como o direito ao custeio de intervenções terapêuticas e à utilização do Processo Transexualizador, no SUS, apenas se consolidou em virtude do discurso de patologização das vivências trans, fundamentado nos diagnósticos de gêneros existentes no CID e no DSM, há o receio de que a despatologização comprometa o acesso das pessoas trans às políticas públicas de saúde. Essa questão tormentosa em torno do pleito da despatologização é chamada por Berenice Bento (2010, p. 182) de “concessões estratégicas”, consistindo no receio de que “se a transexualidade e a travestilidade não forem consideradas doenças, o Estado não custeará as despesas com processos de transformações corporais” (BENTO, 2010, p. 182).

A pesquisadora Daniela Murta (2011, p. 89), ao analisar a problemática em torno das disputas políticas acerca da despatologização das vivências trans em nosso país, acentua que, muitas pessoas trans, apesar de concordarem com as mobilizações pela despatologização e desejarem o fim do diagnóstico de gênero, argumentam que o acesso aos serviços de saúde só acontece em função desse mesmo diagnóstico. Dessa forma, para muitos transativistas seria acertado que a patologização das vivências trans se mantivesse de modo a resguardar o direito à assistência médica e à realização de modificações corporais na rede pública de saúde.

Sendo assim, ao considerar as diversas indagações jurídicas e bioéticas levantadas pela problemática das “concessões estratégicas”, no contexto da luta pela despatologização das vivências trans e abolição do diagnóstico de gênero em nosso país, e, em face dos pontos

arguidos, destacou-se como questionamento principal desta pesquisa: **Qual o impacto da abolição do diagnóstico de gênero nos direitos das pessoas trans reconhecidos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)?**

Primeiramente, a decisão pela pesquisa deste tema motivou-se pela perspectiva de contribuir com a superação de visões transfóbicas e anacrônicas sobre as experiências de identidades de gênero que fogem ao modelo hegemônico de cisgeneridade. Pensar a sexualidade, o gênero e o conjunto de problemáticas que os envolvem, tais como o machismo, o binarismo e a transfobia constitui uma tarefa imprescindível. Portanto, espera-se que a presente pesquisa contribua para a visibilidade das questões atinentes às vivências trans sob uma perspectiva inclusiva e despatologizante.

De forma geral, a discussão dos referidos assuntos ainda se revela muito acanhada no meio acadêmico jurídico, pois se percebe serem poucos os docentes e pesquisadores a trabalharem e trazerem essas questões à baila. O debate dominante sobre os direitos das pessoas LGBT⁸ no Brasil se restringe tradicionalmente aos direitos das pessoas homossexuais, e ainda quando estes são tratados, raramente vão além da discussão da união civil homoafetiva e da adoção homoparental. Parece que as demais minorias sexuais ainda não são entendidas como merecedoras de discussões mais acirradas sobre seus direitos, haja vista poucos almejarem, ou se aventurarem, ir além e trazer visibilidade às discussões pertinentes às outras “letrinhas”, como as travestis, as pessoas transexuais, as pessoas intersexuais e as pessoas trans não-binárias.

Quando se faz com que a discussão desses assuntos fique a portas fechadas, faz-se com que a própria desigualdade de gênero e a violência transfóbica física e simbólica fiquem

⁸ Adotar-se-á neste trabalho a sigla LGBT, correspondente a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, para se referir tanto ao movimento social que integra as diversas identidades sexuais minoritárias quanto à própria diversidade sexual. Regina Facchini (2005, p. 16), em sua obra “Sopa de Letrinhas? – Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90”, afirma ser verificada, ao longo das décadas, uma proliferação de siglas (a “sopa de letrinhas”) decorrente da multiplicação de categorias destinadas a nomear os sujeitos políticos do movimento de identidades sexuais minoritárias, a saber: GLTB (Gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais), GLBTT (gays, lésbicas, transexuais e travestis), LGTB (lésbicas, gays, transgêneros e bissexuais), GLS (gays lésbicas e simpatizantes), LGBTI (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais), entre outros, para expressar a possibilidade de integração das diversas identidades sexuais. A autora enfatiza que o movimento aparece descrito como MGL (movimento de gays e lésbicas) no ano de 1993, e logo é adaptado para a sigla GLT (gays, lésbicas e travestis), no ano de 1995. Segundo Regina Facchini (2005, p. 20), a partir de 1999, passa-se a usar a nomenclatura movimento GLBT (gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros). Em junho de 2008, durante a I Conferência Nacional de Políticas Públicas para GLBT, foi acordada a mudança da sigla GLBT para LGBT. Essa mudança buscou reconhecer a atuação e conferir maior visibilidade às identidades lésbicas, como forma de reparação ou de reconhecimento do processo histórico de invisibilidade ao qual foram submetidas. Em meio à guerra de classificações em que se transformou o uso de siglas para definir o movimento de identidades sexuais minoritárias no Brasil, a sigla LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros) se tornou amplamente utilizada para referenciar a diversidade sexual, outra razão para justificar o uso sistemático dessa sigla nesta pesquisa.

atrás dessas portas, silenciadas, ignoradas e, sobretudo, perpetuamente agonizantes. A realidade das travestis e das pessoas transexuais no Brasil revela que elas representam o segmento mais vulnerabilizado dentro de um mesmo grupo minoritário, o das pessoas LGBT, sendo acometidas de um elevado grau de vulnerabilização.

Esse quadro alarmante de exclusão social se reflete igualmente na ausência de legislação adequada para tratar de aspectos cruciais da vida dessas pessoas, como a alteração do registro civil e o seu reconhecimento social, demonstra a necessidade imperiosa do estudo desse tema em razão da possibilidade de influenciar reflexões para a elaboração de leis e políticas nacionais de direitos humanos que protejam e integrem socialmente as pessoas travestis e transexuais, assegurem a essa população o direito à necessária adequação ao seu gênero e propiciem sua inserção social e profissional livre de qualquer tipo de violência.

O debate pela despatologização das vivências trans é um tema bastante discutido na atualidade, uma vez que o mundo tem caminhado para a despatologização das identidades de gênero defendida pela campanha *Stop Trans Pathologization – STP*, campanha que tem recebido adesões de entidades, acadêmicos e militantes de diversos países do mundo, inclusive o Brasil. Nessa monta, a pesquisa em apreço poderá contribuir com a validação dos mecanismos de inclusão social desse segmento específico da sociedade, a partir do estudo das políticas públicas de saúde implementadas com vistas à saúde integral das pessoas trans, do projeto de despatologização das vivências trans e das consequências da abolição do diagnóstico de gênero.

A importância deste estudo também decorre do fato de os interesses das próprias pessoas trans poderem colidir com delicadas questões jurídicas e bioéticas, uma vez que essas pessoas precisam assegurar os direitos à saúde já conquistados, embora lutem pela despatologização de sua identidade de gênero. Nesse sentido, discutir as “concessões estratégicas” feitas pela população trans no contexto de resistência contra a invisibilidade na sociedade e de luta por direitos nunca foi tão necessário como o é agora.

Em se considerando as situações expostas, é possível identificar os objetivos geral e específicos da presente dissertação. Sendo assim, delineia-se o objetivo geral desta pesquisa em torno do seguinte mote: compreender as implicações jurídicas e bioéticas que a despatologização das vivências trans e a abolição do diagnóstico de gênero, enquanto estratégias políticas, podem acarretar aos direitos à saúde reconhecidos pelo Sistema Único de Saúde à população trans.

Para tanto, elencaram-se os seguintes objetivos específicos:

Apresentar e discutir as formulações sobre gênero na contemporaneidade, segundo a perspectiva das ciências sociais, a fim de delimitar o entendimento de gênero e de vivência trans adotado neste trabalho, resgatando-se, a partir disso, o processo internacional e nacional de tutela das demandas dessa população;

Examinar o processo histórico mediante o qual o dispositivo da transexualidade foi construído e que consolidou a figura do “transexual verdadeiro”, bem como verificar de que forma esse paradigma patologizante se perpetua no Direito e na Bioética;

Compreender a maneira pela qual se efetivaram políticas públicas voltadas à saúde integral da população trans no Brasil e ressaltar os impasses e desafios enfrentados pelos usuários do Processo Transexualizador do Sistema Único de Saúde – SUS;

Por fim, identificar como se desenvolve a estratégia de despatologização das vivências trans em âmbito internacional e nacional e analisar as implicações jurídicas e bioética da aplicação desse modelo de inclusão social em nosso país.

Com o objetivo de perfazer esses objetivos, escolheu-se realizar o estudo por meio de uma pesquisa exploratória, ao iniciar um estudo mais amplo no campo dos estudos em gênero, consoante o estudo das vivências trans, para culminar em um mais específico, situado no campo de Saúde Pública, a saber, o projeto de despatologização das vivências *trans* e suas respectivas implicações nas políticas públicas brasileiras de saúde. E, para isto, elegeu-se como ferramentas metodológicas a pesquisa bibliográfica e documental aliada ao trabalho de campo, no qual se aplicou entrevistas semi-dirigidas às pessoas trans usuárias do Protocolo Transexualizador do SUS.

Quanto à pesquisa bibliográfica, utilizaram-se as diversas fontes teóricas já desenvolvidas acerca do assunto – livros, artigos científicos, dissertações de mestrado e de doutorado. Em virtude de o presente tema se inserir no campo interdisciplinar da Saúde Pública e envolver questões atinentes ao Direito, à Bioética, à Medicina e aos estudos sociais, a revisão de literatura multidisciplinar tornou-se indispensável. A fim de certificar a utilização de fontes seguras para o levantamento bibliográfico, citam-se *en passant* algumas obras específicas, elencadas como fundamentais ao desenvolvimento do tema proposto.

No âmbito da literatura médica acerca das experiências trans, destacam-se Magnus Hirschfeld (1912), Harry Benjamin (1966), Robert Stoller (1982) e David Caudwell (2001). No campo da historiografia do fenômeno da transexualidade, cita-se Pierre Henri Castel (2001). No tocante às discussões teóricas sobre gênero, constam Rubin Gayle (1985), Joan Scott (1995), Raewyn Connell (1995), Jeffrey Weeks (2000), Judith Butler (2003), Donna Haraway (2004) e Adrienne Rich (2010). No que tange às produções teóricas nacionais sobre

gênero e estudos em transexualidade, apontam-se Berenice Bento (2006), Márcia Aran (2006), Adriana Piscitelli (2009), Tatiana Lionço (2009), Flávia Teixeira (2009) e Miriam Ventura (2010). Quanto ao dispositivo da sexualidade e a criação do dispositivo da transexualidade, sobressaem-se Michel Foucault (1988), Agamben (2005), Amadeu Weinmann (2005), Fátima Lima (2014) e Carolina Grant (2015). Por fim, especificamente acerca das discussões sobre despatologização das vivências trans, elegeram-se como referências as obras de, Miguel Missé e Gerard Coll-Planas (2010), Daniela Murta (2011), Bento Manoel de Jesus (2013) e Amet Suess (2014).

A pesquisa documental realizada no presente estudo embasou-se nas seguintes referências documentais: as sete edições já publicadas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM); as cinco edições já publicadas da Classificação Internacional de Doenças (CID); a edição atual do *Standards of Care for the health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, publicada pela *World Professional Association For Transgender Health* (WPATH); Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), portarias do Ministério da Saúde (MS) e legislação nacional pertinentes ao presente tema; documentos pertencentes à campanha *Stop Trans Pathologization*; legislação internacional, principalmente em relação às leis de identidade de gênero de países que já realizaram a despatologização das vivências trans.

Além disso, com o intuito de enriquecer as discussões trazidas no bojo desta pesquisa e fazer reverberar os diversos discursos em torno da despatologização das vivências trans, decidiu-se realizar uma pesquisa de campo, com o objetivo de entrevistar as pessoas trans que utilizam o Protocolo Transexualizador, política oferecida à comunidade trans por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (Ambulatório TT) do Estado do Pará.

Para tanto, adotou-se o procedimento técnico de entrevistas semi-estruturadas, mediante a aplicação de questionamentos pré-elaborados, porém com flexibilidade para produzir novas perguntas de acordo com o andamento de cada entrevista, a fim de o entrevistado poder apresentar informação para além daquelas solicitadas. Foram entrevistadas cinco pessoas trans usuárias dos serviços de saúde do Ambulatório TT de Belém/PA, as quais concordaram deliberadamente com o propósito da coleta de dados, assinaram o termo de consentimento e ficaram cientes do anonimato de suas identidades. As entrevistas totalizaram 11 horas e 48 minutos de materiais gravados em mídia digital, as quais foram transcritas e digitalizadas para depois comporem o corpus empírico deste trabalho.

Entendeu-se cabível a referida metodologia, em decorrência da importância da compreensão das experiências e dos usos das políticas de inclusão do Sistema Único de Saúde no contexto regional, ao se considerar que Belém é a única cidade da Região Norte do Brasil a operacionalizar o Protocolo Transexualizador por meio do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Estado do Pará. Ademais, a análise das experiências de vida, das trajetórias como usuários de políticas públicas de saúde e do discurso acerca da possibilidade de despatologização das vivências trans dos entrevistados evidenciou-se um indispensável instrumento para contextualizar e ilustrar as concepções teóricas apresentadas nesta pesquisa.

Em face do panorama exposto, delineou-se a estrutura deste trabalho em três partes, culminando com as considerações finais, conforme seguem descritas:

Primeiramente, no capítulo **“Direitos humanos e construção da cidadania das pessoas trans”**, apresentar-se-ão as definições e indagações sobre sexo e gênero na contemporaneidade, do ponto de vista das ciências sociais, a fim de melhor compreender como a compreensão de sexo, gênero e sexualidade evoluiu ao longo dos tempos nas teorias sociais. Além disso, resgatar-se-á o processo internacional e nacional de reconhecimento de direitos a essa população, com base na trajetória da tutela dos direitos relativos à identidade de gênero no Direito Internacional dos Direitos Humanos e na tutela das demandas das pessoas trans no Brasil, e analisar as ações dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.

Na segunda parte da pesquisa, denominada **“Historiografia da patologização das vivências trans: a emergência do dispositivo da transexualidade”**, examinar-se-á o processo histórico mediante o qual a transexualidade foi “construída”, enquanto patologia diagnosticável. O “fenômeno transexual” será apresentado a partir da historiografia das produções médico-científicas acerca da transexualidade e das normativas internacionais de saúde que diagnosticam as vivências trans, tais como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). Com esse estudo, acredita-se ser possível compreender e discutir a forma pela qual esse paradigma patologizante da transexualidade se perpetua nos domínios do Direito e da Bioética.

Na terceira parte da pesquisa, intitulada **“Atenção integral à saúde trans no Sistema Único de Saúde e a despatologização das vivências trans”**, constará o estudo da efetivação das políticas públicas voltadas para a saúde integral da população brasileira trans no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro. Analisar-se-á a forma como são reconhecidos os direitos à saúde para esse segmento específico e será traçada a evolução das resoluções do

Conselho Federal de Medicina (CFM) e das portarias do Ministério da Saúde sobre o tema. Serão averiguados os discursos em torno da patologização das vivências trans no Brasil e apresentadas as experiências e os usos das políticas públicas de saúde no Brasil pelos sujeitos que as utilizam. Também será elucidada a perspectiva internacional e nacional do movimento pela despatologização das vivências trans, além de serem discutidas as possibilidades e implicações da utilização de um modelo normativo de despatologização de identidades trans em nosso país. Por fim, refletir-se-á sobre a possibilidade de essa estratégia política representar um instrumento de inclusão social das vivências trans e sanar desigualdades de gênero nesse cenário.

Nas considerações finais, serão apresentados os resultados da pesquisa e os pontos centrais emergentes em cada parte desta dissertação, bem como serão expostos questionamentos que surgiram ao longo deste trabalho. Dessa forma, confirmar-se-á, ou não, a despatologização trans enquanto possível mecanismo de inclusão social das diversas vivências indentitárias e apontar-se-á, ou não, a viabilidade do fim do diagnóstico de gênero em nosso país.

1. DIREITOS HUMANOS E CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA DAS PESSOAS TRANS

Desenvolver um estudo acerca das vivências trans na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) é trazer à tona questões que há bem pouco tempo eram bastante desconhecidas por grande parte dos acadêmicos e da população em geral, as quais implicam a compreensão de um conjunto diverso e complexo de múltiplos fatores que configuram a realidade destas pessoas marginalizadas da sociedade. Pensar a sexualidade, sua abrangência, o preconceito histórico e as demais variáveis que a envolvem constitui um conjunto de disputas problemáticas e geralmente pouco esclarecidas. Além disso, vale reconhecer que, atualmente, de forma geral, o estudo desse assunto ainda se revela muito acanhado, principalmente no próprio meio acadêmico jurídico, pois se percebe serem poucos os docentes e pesquisadores a trabalharem e discutirem-no à luz dos direitos sexuais.

As questões a serem debatidas ao longo desta pesquisa envolvem disciplinas, conceitos, perspectivas diferentes e entrelaçadas, tais como: as categorias analíticas próprias das discussões de gênero, sexualidade e construção de corpos, referentes ao campo das Ciências Sociais; as questões morais e éticas relacionadas às novas tecnologias biomédicas e as mudanças corpóreas permitidas atualmente às pessoas, segundo os ditames da Bioética; as implicações dessas tecnologias na realização da saúde integral das pessoas trans e a institucionalização dessas práticas em nosso Sistema Único de Saúde, afeitas ao campo da Saúde Coletiva; e, por fim, as questões jurídicas advindas da tutela das demandas das pessoas travestis e transexuais, ligadas ao campo do Direito.

Em razão dessa multiplicidade de abordagens que se fazem necessárias para a discussão de políticas públicas de saúde direcionadas às pessoas trans, uma dissertação como esta não conseguirá abordar exhaustivamente todos os pontos importantes na construção da realidade dessas pessoas, contudo, é possível apresentar algumas referências gerais que sirvam como fundamento ao desenvolvimento da presente pesquisa, para que se permita assim a melhor compreensão dos desafios da travestilidade e da transexualidade no acesso às políticas públicas de atenção integral à saúde no âmbito do SUS.

Sendo assim, neste capítulo intitulado “direitos humanos e a construção da cidadania das pessoas trans”, serão apresentadas a trajetória das teorias sobre gênero e serão discutidas as formulações essenciais sobre sexo e gênero numa perspectiva da teoria social, a fim de introduzir categorias de análise importantes para o desenvolvimento das discussões nas próximas partes da pesquisa.

Ainda, será possível compreender e discutir a construção da cidadania das pessoas trans numa perspectiva internacional e nacional, a partir do resgate do processo internacional e nacional de reconhecimento de direitos a essa população. Dessa forma, sob a perspectiva do Direito Internacional de Direitos Humanos, será analisada a tutela do direito à identidade de gênero em nível de sistema global e de sistema interamericano de proteção de direitos humanos. Já em contexto nacional, realizar-se-á uma breve análise da tutela jurídica das demandas trans em nosso país, no âmbito dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, para verificar como esses pleitos são tutelados em nosso país.

1.1. Sexo, gênero e sexualidade na contemporaneidade: a compreensão do gênero como categoria analítica e política

Inserido na perspectiva de discussão de sexo, gênero e sexualidade da contemporaneidade, o enfoque deste trabalho se dá no âmbito das vivências *trans*, pessoas que transitam entre as normas de gênero, com o recorte metodológico nos desafios enfrentados pelas pessoas transexuais e pelas travestis na utilização das políticas de saúde do SUS frente a uma nova perspectiva, a da abolição do diagnóstico de gênero. Para o desenvolvimento desta pesquisa, torna-se indispensável considerar o desenvolvimento do conceito de gênero e compreender a forma como esse conceito se relaciona nas diversas discussões feministas acerca do tema. Dessa forma, ao traçar o percurso do pensamento feminista desenvolvido a partir de finais da década de 1960, seus pressupostos e os principais conceitos por ele desenvolvidos, será possível evidenciar como o conceito de gênero foi criado no marco dessa conjuntura.

Primeiramente, ao analisar o estudo da sexualidade, Jeffrey Weeks (2000, p. 26) conclui que as questões relativas aos corpos e ao comportamento sexual tem sido o centro das preocupações ocidentais há um longo tempo. Entretanto, essas questões, em geral, configuravam como preocupações da religião e da filosofia moral até o século XIX. Desde então, o tema foi alvo de interesse generalizado de especialistas, da medicina e de profissionais e reformadores morais, tanto que ganhou sua disciplina própria, a sexologia, no final do século XIX, o que teve enorme influência no estabelecimento dos termos do debate sobre o comportamento sexual. Dessa forma, a sexualidade se tornou, segundo Jeffrey Weeks (2000, p. 26), uma questão explicitamente crítica e política, merecendo, portanto, uma investigação e uma análise histórica e sociológica cuidadosas.

Nesse contexto, o estudo das questões relacionadas ao conceito de gênero disseminou rapidamente a partir da década de 1980, e cujo ponto de partida é o cenário marcado pelas novas configurações de identidades políticas e pela visibilidade dada às novas formas de constituição de corpos. Adriana Piscitelli (2002, p. 1) justifica esse fenômeno em razão da atração exercida por esse conceito, uma vez que ele oferece a possibilidade de um novo olhar sobre a realidade, e situa as distinções entre características consideradas femininas e masculinas no cerne das hierarquias presentes no campo social. É por meio do conceito de gênero que, alguns autores, inclusive, consideram possível desestabilizar as tradições de pensamento e estabelecer novas referências para a ressignificação das relações em nossa sociedade. Ainda, esse conceito adquiriu novas significações e interpretações nas teorias contemporâneas e provocou novas tensões em termos de prática política feminista.

Quanto à trajetória do conceito de gênero, Adriana Piscitelli (2002, p. 2) aduz que o conceito de gênero, desenvolvido no seio do pensamento feminista, foi elaborado sob um cenário específico da história das teorias sociais sobre a "diferença sexual". O conceito de gênero foi inovador em diversos sentidos e, para entender o alcance dessas inovações, é preciso acompanhar a evolução das formulações desse pensamento. Ao narrar a história desse conceito, Donna Haraway (2004, p. 216), bióloga e historiadora da ciência, em seu célebre artigo "Gênero para um dicionário marxista", afirma que o termo "gênero" foi primeiramente aplicado à diferença sexual, sendo utilizado pela primeira vez em linhas de pesquisa desenvolvidas por psicólogos estadunidenses, notadamente o psicanalista Robert Stoller.

Segundo Donna Haraway (2004, p. 216), no ano de 1958, foi criado o Projeto de Pesquisa sobre Identidade de Gênero, dentro do programa do Centro Médico para o Estudo de Intersexuais e Transexuais, na Universidade da Califórnia (UCLA), em Los Angeles. Foi nesse contexto de produção científica que, em 1963, Stoller apresentou o termo "identidade de gênero" ao Congresso Internacional de Psicanálise, para discutir e generalizar as descobertas do Projeto de Pesquisa sobre Identidade de Gênero da UCLA. Haraway (2004, p. 2016) ainda aponta que o conceito de "identidade de gênero" foi formulado por Robert Stoller no quadro da distinção biologia/cultura, "de tal modo que sexo estava vinculado à biologia (hormônios, genes, sistema nervoso, morfologia) e gênero à cultura (psicologia, sociologia)" (HARAWAY, 2004, p. 216). Dessa forma, o primeiro conceito formulado de "identidade de gênero" indicava que o produto do trabalho da cultura sobre a natureza, ou ainda, biologia era a pessoa marcada pelo gênero enquanto homem ou mulher, nas palavras de Robert Stoller, *gendered*.

Adriana Piscitelli (2009, p. 124) explica a formulação de Robert Stoller no sentido de que, segundo o psicanalista, quando nascemos, somos classificados pelo nosso corpo, de acordo com os órgãos genitais, seja como menina ou como menino. Entretanto, as maneiras de ser homem ou mulher não derivariam desses caracteres sexuais genitais, mas sim de aprendizados, experiências culturais que variam de acordo com o contexto histórico, o lugar, a classe social. Isso significa que, embora a diferença sexual "natural" se assente no corpo fisiológico, o sentido que ela assume em diferentes contextos se torna variado, pois em cada lugar se estabelecem maneiras apropriadas de ser homem e mulher. Uma das implicações do conceito de "identidade de gênero" formulado por Robert Stoller seria que, por exemplo, algumas pessoas nasceriam com órgãos genitais de um sexo, mas sua "identidade de gênero" estaria associada ao outro sexo, surgindo assim as experiências *trans*⁹.

Embora as contribuições teóricas de psiquiatras e psicanalistas estadunidenses tenham sido um marco importante para o surgimento do conceito de gênero, as formulações de gênero que tiveram impacto significativo na teoria social foram elaboradas mediante o pensamento feminista desenvolvido a partir da década de 1970. Adriana Piscitelli (2002, p. 2) conta que, no século 19, as ideias de "direitos iguais à cidadania" e de "igualdade entre os sexos" impulsionaram uma mobilização feminista importante ao redor do mundo, seja no Continente Europeu, seja na América do Norte ou em outros países. A autora cita ainda que, entre as décadas de 1920 e 1930, em determinados locais, as mulheres conseguiram romper com algumas das expressões mais agudas de sua desigualdade em termos formais e legais, especialmente no que se refere ao direito ao voto, à propriedade e ao acesso à educação.

No que tange ao pensamento feminista enquanto expressão de ideias que resultam da interação entre desenvolvimentos teóricos e práticas do movimento feminista, este está longe de constituir um todo unificado. No entanto, apesar das significativas diferenças presentes nas diversas vertentes do pensamento feminista, podem ser apontadas algumas ideias centrais compartilhadas pelas abordagens desenvolvidas após a década de 1960. As teóricas feministas dessa época utilizaram o conceito de gênero como uma diferenciação produzida na cultura e aplicaram essa noção nas situações de desigualdade vividas pelas mulheres, conforme explica Adriana Piscitelli (2009, p. 125):

⁹ Na segunda parte da presente pesquisa, será realizada uma análise minuciosa da influência da teoria do psicanalista Robert Stoller sobre "identidade de gênero" no estudo da transexualidade pela Medicina. Será esclarecida a forma como o autor caracterizava a experiência da transexualidade e definia as pessoas transexuais, evidenciando o impacto de suas formulações na criação da figura do "transexual verdadeiro" pela Medicina e sua consequente reprodução pelos manuais diagnósticos internacionais.

Foi, portanto, a partir de uma luta social, que surgiu uma contribuição teórica fundamental para o pensamento social. Nessa elaboração, aspectos presentes na longa história de reivindicações feministas, relativos à dominação masculina, articularam-se a noções teóricas que procuravam mostrar como as distinções entre feminino e masculino são da esfera do social (PISCITELLI, 2009, p. 125)

A autora supracitada defende que, em termos políticos, a luta do movimento feminista pôde contribuir com uma base teórica fundamental à teoria social, ao desenvolver estudos que analisassem a problemática de as mulheres ocuparem lugares sociais subordinados em relação aos espaços masculinos. Segundo explica Piscitelli (2002, p. 2), as diversas correntes do pensamento feminista afirmariam a existência da subordinação feminina, mas também questionariam o suposto caráter natural dessa subordinação. Em razão de essa subordinação decorrer das maneiras como a mulher é construída socialmente, seria possível mudar o espaço social por elas ocupado alterando as maneiras de percebê-las. Nas palavras da autora, “ixdsto é fundamental, pois a idéia subjacente é a de que o que é construído pode ser modificado” (PISCITELLI, 2002, p. 2).

Nesse diapasão, o pensamento feminista apresentou reivindicações voltadas para a igualdade no exercício dos direitos, questionou as raízes culturais dessas desigualdades ao mesmo tempo em que procurou ferramentas teóricas para explicar as causas originais dessa subordinação. Para isso, criou-se um sujeito político coletivo, as mulheres, e tentou-se viabilizar estratégias para acabar com a sua subordinação. De acordo com Piscitelli (2009, p. 134), pelo fato de as mulheres serem oprimidas enquanto mulheres e de suas experiências serem prova dessa opressão, as teóricas feministas concluíram que a opressão feminina deveria ser mapeada no espaço em que as mulheres viviam.

Após as mulheres obterem um reconhecimento político enquanto coletividade e construírem uma “identidade entre si”, na concepção de o que une as mulheres ultrapassa sobremaneira as diferenças entre elas, começou-se a considerar que a relação de cada homem com cada mulher seria, sobretudo, política, à medida que o “político” se define como o que envolve uma relação de poder. Em termos de prática política, as teóricas feministas visaram à compreensão da multiplicidade de relações de poder presentes em todos os aspectos da vida social, nas esferas pública e privada. Em termos teóricos, na perspectiva de que cada relacionamento homem/mulher deveria ser visto como uma relação política, as teóricas feministas passaram a trabalhar com uma ideia global e unitária de poder: o patriarcado.

Entretanto, com o decorrer do tempo, o patriarcado tornou-se um conceito vago e sinônimo de dominação masculina. Isso acarretou problemas delicados em termos metodológicos às teorizações feministas, pois o conceito de patriarcado até então

desenvolvido tratava de maneira única e universal as formas de poder que se alteram em diferentes períodos históricos. Embora esse sistema opressivo parecesse ocorrer em todas as partes do mundo e em todos os períodos históricos conhecidos, era preciso pensá-lo como algo que varia em função da época histórica e do lugar do mundo que se estude. É esse quadro de efervescência intelectual que Adriana Piscitelli (2009, p. 136) indica como sendo o momento no qual se desenvolveu o conceito de gênero, e acentua que “o conceito de gênero foi elaborado no âmbito da segunda onda do feminismo, por pesquisadoras que procuravam uma ferramenta alternativa aos conceitos e categorias considerados problemáticos (como o patriarcado)” (PISCITELLI, 2009, p. 136).

Logo, o conceito de gênero desenvolveu-se no marco dos estudos sobre "mulher" e compartilhou com vários de seus pressupostos. Todavia, a formulação do conceito de gênero procurava superar problemas relacionados à utilização de algumas das categorias centrais nos estudos sobre mulheres. As teóricas feministas desenvolveram análises à maneira do paradigma de identidade de gênero citado previamente, no qual se distingue o sexo, alocado na natureza e pensado como elemento fixo, e o gênero, centrado na cultura e, portanto, variável.

Essa situação fica clara quando prestamos atenção à publicação do ensaio “O Tráfico das Mulheres: Notas sobre a Economia Política do Sexo”, publicado em 1975, que marcou o pensamento feminista de Gayle Rubin, quando introduziu o conceito de gênero no debate sobre as causas da opressão da mulher. Além disso, Joan Scott, com o seu artigo “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”, sob uma perspectiva pós-estruturalista, é também trazida para o debate, por ser enfática em propor a utilização da categoria gênero como suporte teórico para análise da realidade. Dessa forma, a categoria gênero ganhou um status mais consistente e inseriu-se no debate científico acadêmica, no campo da antropologia, por intermédio da primeira autora, e no campo da história, pela segunda.

Primeiramente, ao se inserir no debate sobre a natureza e as causas da subordinação social da mulher, Gayle Rubin (1986) elaborou um conceito que denominou sistema sexo/gênero, importante contribuição teórica para desnaturalizar as relações sociais nos anos 70 e quebrar paradigmas como o pressuposto da naturalidade da heterossexualidade. Segundo conceito de Rubin (1986, p.97), o sistema sexo/gênero seria, a princípio, “el conjunto de disposiciones por el que una sociedade transforma la sexualidade biológica em produtos de la actividad humana, y em el cual se satisfacen essas necesidades humanas transformadas” (RUBIN, 1986, p. 97).

Ao procurar demarcar o sistema sexo/gênero, Gayle Rubin (1986, p. 97) almejou um meio de minar as percepções do que é ser masculino ou ser feminino e desenvolveu uma abordagem cuja implicação consistiu em desnaturalizar as relações sociais de gênero, visto que gênero é culturalmente construído, sendo, portanto, fruto, consciente ou inconscientemente, da própria ação e interpretação dos homens e das mulheres em sociedade.

Quando Gayle Rubin (1986, p. 103) define o sistema sexo/gênero como o conjunto de arranjos por meio dos quais uma sociedade transforma sexualidade biológica em produtos da atividade humana, ela atribui ao sexo, ao gênero e à procura humana um processo de transformação, descarta características essencialistas e afirma o caráter histórico e mutável que as sociedades atribuem ao sexo. Nas palavras da autora:

el reino del sexo , el género y la procreación humanos ha estado sometido a, y ha sido modificado por, una incesante actividad humana durante milenios. El sexo tal como lo conocemos – identidad de géneros, deseo y fantasías sexuales, conceptos de la infancia – es en si un producto social. Necesitamos entender las relaciones de su producción, y olvidar por un momento la alimentación, el vestido, los automóviles y los radios de transistores¹⁰ (RUBIN, 1986, p. 103)

Em outras palavras, a dicotomia evidenciada pelo sistema sexo/gênero consistiria em um sistema, um aparato social sistemático e composto por um conjunto de arranjos, no qual se toma uma matéria-prima, o sexo (no caso, a sexualidade biológica), transformando-a em um produto (o gênero). Nessa lógica, ao entender o sexo como uma “matéria-prima” dada pela natureza, Rubin isenta-o de questionamentos a respeito do seu caráter de construído socioculturalmente, ao passo que o gênero, pelo contrário, fica aberto à mudança histórica e, conseqüentemente, à agenda das lutas feministas. Sendo assim, essa concepção do sistema sexo/gênero se mostraria relevante para desnaturalizar as desigualdades de gênero, razão pela qual teve influência nos estudos feministas das décadas subsequentes.

A discussão acerca de como operam esses arranjos que constituem o sistema sexo/gênero foi desenvolvida pela autora com leitura crítica de diversos autores, dentre eles: o antropólogo Claude Lévi-Strauss e os psicanalistas Sigmund Freud e Jacques Lacan. Embora tenha questionado aspectos da obra desses autores, Gayle Rubin (1986, p. 97) utilizou as ferramentas conceituais que eles oferecem para desenvolver, de maneira mais apropriada, a definição do próprio sistema sexo/gênero. Segundo a autora:

Freud y Lévi-Strauss son en cierto sentido análogos a Ricardo y Smith: no ven las implicaciones de lo que están diciendo, ni la crítica implícita que su obra es capaz de

¹⁰ O reino do sexo, do gênero e da procriação humana tem sido submetido e modificado por uma atividade humana incessante por milênios. O sexo como conhecemos – identidade de gênero, desejo e fantasias sexuais, conceitos da infância - é um produto social. Precisamos entender as relações de sua produção e esquecer por um momento os alimentos, roupas, carros e rádios (RUBIN, 1986, p. 103)

generar bajo um ojo feminista. Sin embargo, proporcionan los instrumentos conceptuales con que podemos constituir descripciones de la parte de la vida social que es la sede de la opresión de las mujeres, las minorías sexuales y algunos aspectos de la personalidad humana en los individuos¹¹ (RUBIN, 1986, p. 97)

Com base nessas ferramentas conceituais, seria possível descrever a parte da vida social que seria o *locus* da opressão das mulheres e das minorias sexuais e, de posse disso, estudar cada sociedade para determinar os mecanismos segundo os quais as convenções da sexualidade se produzem e mantêm.

A referida autora, no intuito de formular sua teoria sobre o sistema sexo/gênero, então, recorre centralmente à Levi-Strauss e à forma de o referido antropólogo entender a exogamia, a troca de mulheres e o tabu do incesto como os fundantes da cultura. No entanto, para Gayle Rubin, esses aspectos não seriam fundantes da cultura “nem um sistema em si mesmo, mas a percepção de certos aspectos das relações sociais de sexo e gênero cujo resultado é a ausência de plenos direitos para as mulheres” (PISCITELLI, 2002, p. 9).

Adriana Piscitelli (2009, p. 139) aponta como o ponto mais importante da formulação sobre a diferença sexual na teoria de Gayle Rubin o “pensar do gênero”, articulado à sexualidade, enquanto uma dimensão política. Para Gayle Rubin, gênero não seria apenas uma identificação com um sexo, mas sim uma obrigação para que o desejo sexual seja orientado para o outro sexo, configurando as bases de uma heterossexualidade compulsória. Dessa forma, essa teorização traz à tona a opressão vivenciada pelos homossexuais como produto do mesmo sistema, cujas regras e relações também oprimem as mulheres.

Apesar da importância das análises de Gayle Rubin, Adriana Piscitelli (2002, p. 9) levanta a questão de que a leitura da teórica sobre os autores com os quais trabalha não a afasta dos pressupostos teórico-metodológicos desses próprios estudiosos, “Ao contrário, para “desnaturalizar” a subordinação das mulheres, ela propõe, explicitamente, “imitá-los”, nos métodos, não nos resultados” (PISCITELLI, 2002, p. 9). Outra crítica de Piscitelli (2002, p. 9) é o fato de Gayle Rubin pensar em termos universais e operar com uma série de dualismos, tais como binômio sexo/gênero e o natureza/cultura, que se tornarão alvo das críticas feministas posteriores.

Sendo assim, durante a década de 1980, o sistema de sexo/gênero formulado por Gayle Rubin disseminou-se rapidamente nas elaborações teóricas acerca do gênero, porém, na

¹¹ Freud e Lévi-Strauss são, em certo sentido, semelhantes a Ricardo e Smith: não veem as implicações do que eles estão dizendo, nem a crítica implícita de que seu trabalho é capaz de gerar por um olhar feminista. No entanto, eles fornecem as ferramentas conceituais que podem fornecer descrições da parte da vida social que é a sede da opressão das mulheres, das minorias sexuais e alguns aspectos da personalidade humana em indivíduos (RUBIN, 1986, p. 97)

mesma medida, tornou-se objeto de diversas críticas feministas, por ser dotado de cunho “branco” e imperialista. Isto ocorreu porque, na década de 80, a “identidade” criada entre as mulheres com o objetivo de se criar um sujeito político na sua coletividade passou a ser contestada, principalmente por feministas negras dos Estados Unidos e do "Terceiro Mundo", que alegavam que essa “identidade” concedia pouca atenção às diferenças entre as mulheres.

Essas intensas reivindicações relativas à diferença internas ao movimento, formuladas por mulheres negras, do “Terceiro Mundo” e lésbicas, seriam, segundo Adriana Piscitelli (2012, p. 13), o motivo pelo qual houve deslocamentos nos referenciais teóricos que as distanciaram dos pressupostos presentes nas primeiras formulações do conceito de gênero. Esses deslocamentos coincidiram, também, como aporte teórico de autoras que se engajaram nas críticas aos pressupostos presentes no sistema sexo/gênero e no próprio conceito de gênero.

Ainda segundo Adriana Piscitelli (2002, p. 14), esse estilo de pensamento “se tornou evidente em reformulação das conceitualizações de gênero desenvolvidas no marco de diferentes abordagens disciplinares” (PISCITELLI, 2002, p. 14) e Joan Scott aparece como a principal referência nesse sentido, ao reformular a ideia de gênero como categoria de análise que possibilitasse compreender a construção inteiramente social da diferença sexual.

Até a década de 1980, sobrevivia com força a dicotomia abordada segundo o sistema sexo/gênero, sendo o primeiro dado pela natureza, portanto, fixo, enquanto o segundo, por sua vez, seria moldado pela cultura. Uma das teóricas feministas que mais abalou essa concepção e trouxe novas perspectivas para os estudos de gênero, foi a historiadora estadunidense Joan Scott, quando da escrita de seu célebre artigo “Gênero: uma categoria útil de análise histórica” (1990), publicado originalmente no ano de 1986.

Joan Scott (1995, p. 80) sustenta o conceito de gênero como uma categoria que deve ser utilizada para explicar teoricamente a realidade social e não tratada como um subproduto mutante de estruturas econômicas e, como fizera Engels, nem mesmo como mera ferramenta descritiva. Na perspectiva de Joan Scott, a categoria gênero, além de ser analítica, é também política. Pensar o conceito de gênero implica, para Scott (1995, p. 84), rejeitar o caráter fixo e permanente da oposição binária entre homem/mulher, feminino/masculino. Nesse sentido, é preciso uma historicização e uma desconstrução autêntica dos termos da diferenciação sexual.

Segundo a autora, o núcleo essencial da definição de gênero gira em torno de duas proposições: “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1995, p. 86). Ainda, Joan Scott (1995, p. 86) conceitua gênero nas duas

partes dessa citação, num subconjunto de aspectos construtivos de gênero inter-relacionados, mas que devem ser analiticamente diferenciados, enquanto gênero como uma categoria de análise.

Em suma, a autora defende que pensar na categoria de gênero significa que, apesar de ser diferente de sexo, o gênero é construído a partir das relações sociais desenvolvidas pelos sujeitos, identificando relações de igualdade e diferença entre os sexos. Outro ponto decorrente de sua conceituação é que as relações de gênero implicam relações de poder, pois os sujeitos se relacionam e se organizam por meio de representações desiguais e assimétricas. A maneira como os sujeitos se relacionam com o poder é permeada também por relações de gênero.

A primeira parte da definição de gênero, definida pela proposição de que “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos” (SCOTT, 1995, p. 86), seria composta por quatro elementos inter-relacionados que derivam desse núcleo, sendo que nenhum pode operar sem os demais. Para a autora, o gênero deve ser compreendido em quatro aspectos: (1) como símbolos culturalmente construídos; (2) como conceitos normativos que expressam interpretações dos significados dos símbolos; (3) como um instrumento de análise política relacionada às instituições e à organização política; e (4) como algo permeado pela identidade subjetiva.

De acordo com Joan Scott (1995, p. 86), as relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos possuem os dois primeiros elementos, abaixo explicitados:

Em primeiro lugar, os símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações simbólicas (e com frequência contraditórias) (...) Em segundo lugar, conceitos normativos que expressam interpretações dos significados dos símbolos, que tentam limitar e conter suas possibilidades metafóricas (SCOTT, 1995, p. 86)

Nesses dois pontos, desvela-se a importância das relações simbólicas culturais na construção do gênero, implicando diretamente avaliar como construímos as representações culturais e simbólicas de ser masculino e de ser feminino. Ao se compreender que o gênero possui relação direta com as construções culturais simbólicas estabelecidas na sociedade na qual estamos situados, passa-se aos dois elementos enumerados por Joan Scott (1995, p. 87) como constitutivos do gênero: a concepção política do gênero e sua referência às instituições e à organização social e o papel da identidade subjetiva na sua construção.

Assim, a utilização da categoria e do conceito gênero deve se realizar de forma política, entendendo que o gênero não se limita à esfera da vida familiar e doméstica, muito menos é sinônimo de mulher uma vez que:

o gênero é construído através do parentesco, mas não exclusivamente; ele é construído igualmente na economia e na organização política, que, pelo menos em nossa sociedade, operam atualmente de maneira amplamente independente do parentesco (SCOTT, 1995, p. 87)

Além disso, a identidade subjetiva implica que a psicanálise fornece elementos importantes sobre a reprodução de gênero, mas é preciso superar sua pretensão universal da psicanálise e trabalhar de uma forma mais histórica.

A segunda parte da definição de gênero, composta pela proposição “o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder” (SCOTT, 1995, p. 21), desvela que o gênero se torna um elemento chave na construção e concepção do próprio poder e a política surge apenas como uma das áreas na qual gênero pode ser usado para uma análise histórica. Nesse sentido, ao teorizar sobre gênero, Joan Scott (1995, p. 88) afirma que:

o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder. Seria melhor dizer: o gênero é um campo primário no interior do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado. O gênero não é o único campo, mas ele parece ter sido uma forma persistente e recorrente de possibilitar a significação do poder no ocidente, nas tradições judaico-cristãs e islâmicas (SCOTT, 1995, p. 88)

Então, a autora verifica que, à proporção que os conceitos de gênero se estabelecem com um conjunto de referências, e, portanto, estruturam a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social, essas referências fixas de gênero acabam por articular a distribuição de poder por meio do controle ou do acesso diferencial aos recursos materiais e simbólicos. Segundo Joan Scott (1995, p. 88), o gênero implica a concepção e a construção do próprio poder.

No mesmo diapasão de Joan Scott, Jeffrey Weeks (2000, p. 40) lembra que o gênero não é uma simples categoria analítica, ele é, “como as intelectuais feministas têm crescentemente argumentado, uma relação de poder” (WEEKS, 2000, p. 40). Na percepção desse autor, padrões de sexualidade feminina são, inescapavelmente, um produto do poder dos homens para definir o que é necessário e desejável — um poder historicamente enraizado.

As interpretações de Joan Scott sobre gênero possibilitaram um grande passo nas pesquisas de gênero desenvolvidas até então, ao abandonar a temática da mulher para pensar o gênero como categoria analítica e como categoria política. Ao denunciar, nas relações de gênero, relações desiguais, Joan Scott argui que a mulher, na sociedade ocidental, é a parte mais lesada dessas relações. Portanto, com as contribuições de Joan Scott (1995, p. 76), é possível pensar em gênero e usá-lo como categoria analítica e política para questionar e mudar os paradigmas históricos existentes.

No intuito de problematizar as teorizações feministas anteriores e de repensar algumas questões internas aos movimentos feministas, a abordagem de Judith Butler surge fortemente influenciada pelos inscritos de Foucault. Em sua obra *Problemas de Gênero – Feminismo e subversão da identidade* (2003), a autora apresenta críticas à divisão entre sexo e gênero e à aparente “natureza” do sexo, além de discorrer sobre a matriz heterossexual.

Em primeiro lugar, Judith Butler (2003, p. 25) questiona a aparente “natureza” do sexo ao entender que, assim como o gênero, o sexo também é uma produção cultural. Ambos são igualmente produzidos. Sexo e gênero não deveriam ser analisados em separados, pois não há nenhuma distinção entre esses conceitos. A separação que se fazia até então entre sexo e gênero colocava o sexo como um dado natural, definido pela natureza, enquanto somente ao gênero era atribuída uma dimensão sociocultural.

Butler (2003, p. 24) implode essa divisão entre sexo e gênero, entendendo que “o gênero é culturalmente construído: conseqüentemente, não é nem o resultado causal do sexo, nem tampouco tão aparentemente fixo quanto o sexo” (BUTLER, 2003, p. 24). E a autora vai mais além, ao defender que, se o caráter imutável do sexo é contestável, o próprio construto chamado sexo é tão culturalmente construído quanto o gênero: “a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nenhuma” (BUTLER, 2003, p. 25).

A crítica de Judith Butler ao caráter imutável do sexo converge com o entendimento defendido por Raewyn Connell (1995, p. 52), quando esta analisa a construção de masculinidades em nossa sociedade. A referida autora determina a sexualidade adulta e o gênero como categorias fixadas pela natureza. Connell (1995, p. 46) critica como ficcional a concepção científica da biologia que vê a masculinidade (e, portanto, o sexo) como a ampliação cultural das características biológicas do sujeito e entende que estão errados o determinismo social e o biológico, devendo ser procurado um outro caminho para avaliar o gênero. Judith Butler (2003, p.24) apresenta esse caminho alternativo, ao negar a separação entre sexo e gênero.

Já acerca da matriz heterossexual, Judith Butler (2003, p. 38) postula que, para um indivíduo ser “inteligível” dentro de sua cultura, é preciso que mantenha um conjunto de relações de coerência e continuidade em diversos aspectos, e, fora dessa “inteligibilidade da existência”, ficam todos os sujeitos que ultrapassem os limites dessa continuidade:

Gêneros “inteligíveis” são aqueles que, em certo sentido, instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. Em outras palavras, os espectros de descontinuidade e incoerência, eles próprios só concebíveis em relação a normas existentes de continuidade e coerência, são

constantemente proibidos e produzidos pelas próprias leis que buscam estabelecer linhas causais ou expressivas de ligação entre o sexo biológico, o gênero culturalmente constituído e a “expressão” ou “efeito” de ambos na manifestação do desejo sexual por meio da prática sexual (BUTLER, 2003, p. 38)

Essa matriz heterossexual é imposta social e culturalmente e deve ser seguida linearmente. O sexo, o gênero e a prática e desejo sexual devem estar todos de acordo com o que é idealizado socialmente, ou seja, devem manter uma coerência. O pensamento estabelecido considera que uma pessoa que nasceu com órgãos genitais femininos tenha um sexo feminino (por exemplo, seja uma mulher em seus caracteres físicos), um gênero coerente (uma mulher, nesse caso, deveria ser feminina) e um desejo heterossexual (no caso da mulher, um interesse sexual exclusivo por homens).

Entretanto, como ressalta Raewyn Connel (1995, p. 58), o processo social permite, cada vez mais, que sujeitos distorçam, contradigam, neguem, minimizem e modifiquem diferenças corporais, subvertendo os arranjos para os quais foram socialmente “convidados” a se adequar. Essas rupturas apareceriam, por exemplo, “a partir de um desejo homossexual em uma sociedade hegemônica pelo paradigma heterossexual a partir de um modelo hegemônico de masculinidade” (CONNELL, 1995, p. 44). Na concepção dessa autora, a própria medicina e os avanços biotecnológicos, tais como a cirurgia plástica, com viabilização de cirurgias reparadoras e de transgenitalização, participam dessa construção de novos corpos.

Em decorrência disso, as pessoas que possuem legitimidade para uma existência cultural acabam sendo os corpos heterossexuais, enquanto as pessoas que não mostram essa coerência são entendidas como corpos instáveis e problemáticos, isto é, abjetos. A emergência de sujeitos, cujo gênero é incoerente e descontínuo, como as travestis e as pessoas transexuais, abala a noção de uma identidade estabilizada por aspectos como sexo e gênero. Isso se acentua pelo fato de a imposição cultural do que seria o masculino e o feminino alienar a possibilidade de um reconhecimento de sujeitos, cujos perfis não se enquadram nos cânones vigentes, em razão da existência de uma heterossexualidade compulsória (RICH, 2010, p. 35), enquanto modelo padrão de orientação das relações.

Acerca da heterossexualidade compulsória, Jeffrey Weeks (2000, p. 46) explana que as autoras feministas sugerem que a heterossexualidade foi institucionalizada como “compulsória”, de um modo que prende, ainda mais estreitamente, as mulheres aos homens. Segundo o autor, é essencial a análise da imposição da heterossexualidade como compulsória, pois um ponto interessante a ser notado no campo de estudos da sexualidade é que “os/as

historiadores/as e cientistas sociais têm dado muito pouca atenção a esse processo de institucionalização” (WEEKS, 2000, p. 46).

Heterossexualidade compulsória é um conceito desenvolvido por Adrienne Rich, em seu ensaio “heterossexualidade compulsória e existência lésbica”, escrito para o dossiê “sexualidade” da revista *Signs*, no ano de 1980. Como categoria, a heterossexualidade compulsória propõe pensar o caráter político da heterossexualidade com o objetivo de desnaturalizá-la, uma vez que “a suposição de que a maioria das mulheres são heterossexuais de modo inato coloca-se como um obstáculo teórico e político para o feminismo” (RICH, 2010, p. 35). Nesse cenário, a heterossexualidade já foi de tal maneira naturalizada e legitimada socialmente como único e ideal modo de viver a sexualidade que não se percebe que isto é uma construção social que tende a universalizar os discursos e produzir conceitos segundo esta norma.

Quando se diz que, em nossa sociedade, a heterossexualidade é imposta, quer se dizer que essa imposição se dá, enquanto norma social, no percurso de toda a sociabilidade humana: ainda na barriga das mães, as crianças são enquadradas num sexo e numa identidade de gênero binária e cisgênera, que implica, por sua vez, um padrão heterossexual de vivência afetivo-sexual. À medida que rupturas fossem feitas a essa coerência linear da heterossexualidade compulsória, surgiriam as existências lésbicas, gays e trans e essas existências seriam marcadas como desviantes (ou ainda, anormais, doentes, pervertidos, transviados) e, por isso, seriam punidas simbólica e objetivamente com violências homofóbicas, lesbofóbicas e transfóbicas que limitariam e cerceariam a liberdade dos corpos e das mentes.

É nesse sentido que a heterossexualidade compulsória, enquanto discurso sobre o sexo que vincula, estreitamente, gênero, sexualidade e heterossexualidade, encontra-se conectada com a matriz heterossexual de Judith Butler, associando a sexualidade às determinações valorativas e hierarquizadas do gênero. Essa perspectiva, inclusive, vem sendo retomada por diferentes autores, “com destaque para a referência à matriz heterossexual enquanto modelo discursivo hegemônico que apregoa sexo estável e gênero estável, com âncora na coerência entre o gênero e o sexo” (SCHWADE, 2010, p. 60).

Outrossim, após serem analisadas as interpretações a respeito da categorização de gênero por Joan Scott e Judith Butler, identificam-se algumas aproximações de pensamentos das referidas autoras que podem ser utilizados convergentemente para pensar gênero nesta pesquisa.

Primeiramente, pode-se destacar a importância da ruptura de relações dicotômicas entre os sexos, pois ambas consideram essencial o abandono dos binarismos e das pesquisas fundamentadas na categoria mulher, para seguir em direção ao conceito de gênero. Outro elemento de conexão entre as autoras reside na importância que elas conferem ao caráter constitucional do gênero dentro das sociedades. Ambas autoras defendem que o gênero não se desenvolve de modo natural, pelo fato de haver um processo de produção em cima desse sujeito. Dessa forma, Judith Butler e Joan Scott concordam ao afirmar que o gênero não é uma característica inata ou dada, ao contrário, ele é construído ao longo do tempo, por isso apresenta influências sociais e culturais relacionadas ao espaço-tempo em que está sendo analisada a referida categoria.

Quanto às distinções, destaca-se a própria conceituação de gênero, principalmente no que tange a sua relação com o sexo. Apesar de ambas incorporarem a noção construtiva ao gênero, Joan Scott não problematiza diretamente como a noção de sexo é construída, enquanto para Judith Butler, ambas as categorias, sexo e gênero, são passíveis de serem construídas e desconstruídas. Para esta autora, tanto as identidades de gênero quanto as identidades sexuais não possuem nada de exclusivamente natural, porque são construídas socialmente e interpretadas a partir da cultura.

Essas autoras com suas respectivas formulações teóricas devem ser lidas e apropriadas, não só pelo movimento *trans*, mas também pelos pesquisadores da área de gênero e sexualidade que se voltam para a análise de questões envolvendo a população trans, como intuito de analisar, de fato, como as relações de gênero são construídas. Dessa forma, a partir de sua desnaturalização, será possível pensar na melhor maneira de enfrentar as opressões que acontecem por meio das relações de poder que constituem as relações de gênero, ao se considerar que “no momento atual, a discriminação de gênero atinge também homossexuais, transexuais e travestis, sujeitos à violência à agressões e assassinatos por conta de sua identidade de gênero” (PISCITELLI, 2009, p. 145).

Essa perspectiva deve ser mantida como um norte principal para a construção dos saberes acadêmicos sobre as pessoas trans, uma vez que, nas palavras de Adriana Piscitelli (2009, p. 146), pensar em gênero implica analisar como as construções de masculinidades e feminilidades são criadas na articulação com outras diferenças - de raça, classe social, nacionalidade e idade - e como essas noções se embaralham e misturam no corpo de todas as pessoas, inclusive aquelas que não se deixam classificar de maneira linear como apenas homens ou mulheres, tais como as travestis e as pessoas transexuais.

Nesse sentido, de modo a começar a refletir acerca da história da transexualidade, toma-se como referência elementar desta pesquisa a definição de “dispositivo” no pensamento de Michel Foucault, principalmente em seu sentido de dispositivo da sexualidade, conforme introduzido pelo autor em *Microfísica do Poder* (1979). Para entender como surge esse dispositivo da sexualidade, é preciso inicialmente considerar que, sob a ótica foucaultiana, um dispositivo é:

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 estabelecer entre estes elementos (FOUCAULT, 1979, p. 244-245).

Com efeito, para Foucault, o dispositivo é um agrupamento heterogêneo que abarca desde discursos (científicos, morais, filosóficos, religiosos), passando por organizações arquitetônicas (igrejas, escolas, prisões, instituições sociais, entre outros), até normas, regulamentos, leis, postulados e decisões regulamentares. Dessa forma, a construção foucaultiana de dispositivo “entre outras formas de controle e resistências é caracterizada pela capacidade de unir pontos, estabelecer conexões, formar redes, configurando racionalidade a determinado campo, seja ele material ou discursivo” (LIMA, 2011, p. 118).

Já no entendimento de Weinmann (2006, p. 17), “dispositivo” foi a terminologia utilizada por Foucault para referir-se a um determinado agrupamento de práticas que constituem um sujeito em uma trama de saberes e em um feixe de forças que lhes são imanentes. Ainda segundo o autor, o conceito de dispositivo é peça essencial para a problematização foucaultiana do sujeito, uma vez que Foucault concebe a constituição histórica e o assujeitamento à trama de saberes e poderes de um dispositivo. Para Weinmann (2006, p. 17), um dispositivo também pode ser definido como uma configuração específica de domínios de saber e de modalidades de exercício do poder, em razão de sua função estratégica em relação a problemas considerados cruciais em um dado momento histórico.

De acordo com Agamben (2005, p. 11), Foucault não pretendia conciliar, nem enfatizar as tensões dos dispositivos, “mas investigar os modos concretos em que positivities (ou dispositivos) atuam nas relações, nos mecanismos e nos jogos de poder” (AGAMBEN, 2005, p. 11). Além disso, para Agamben (2005, p. 13), os dispositivos são historicamente construídos, singularizam-se em diferentes experiências nos espaços em que estão circunscritos. É, a partir de sua noção ampliada¹² sobre os dispositivos, que, neste

¹² O dispositivo agambeniano é revisitação e, ainda, um alargamento da ideia foucaultiana de dispositivo, considerando que o Agamben (2005) entende que: “chamarei literalmente de dispositivo qualquer coisa que

trabalho, as sexualidades serão analisadas, inquiridas, interpretadas na atualidade dos acontecimentos que a cercam.

Abordar a sexualidade é considerar que a organização social da sexualidade não é um dado fixo ou estável. Muito pelo contrário, a sexualidade é modelada sob um complexo arcabouço de circunstâncias históricas e políticas. No entendimento de Jeffrey Weeks (2000, p. 58), à medida que entramos no período conhecido como "pós-modernidade", “é provável que vejamos uma nova e radical mudança nos modos como nos relacionamos com nossos corpos e com suas necessidades sexuais” (WEEKS, 2000, p. 58). Segundo o autor, o desafio reside no fato de tentar compreender de forma efetiva os processos que estão em ação nesse campo.

Desse modo, podemos entender que a sexualidade não é algo dado, natural e imutável, mas uma construção histórica, cultural e social sobre os modos de sentir e experimentar o corpo, os desejos e as relações. No âmbito das relações de poder estudadas por Foucault, a sexualidade seria um dos elementos dotados de maior instrumentalidade, utilizável no maior número de manobras e servindo de articulação às mais variadas estratégias¹³. As discussões de Foucault, principalmente em sua obra *História da sexualidade – a vontade de saber* (1988), são referências à compreensão do dispositivo da sexualidade. Ao retirar sua condição natural, o autor entende que:

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

Segundo Jeffrey Weeks (2000, p. 35), o estudo formulado por Foucault do dispositivo da sexualidade está profundamente relacionado com a análise que ele faz da “sociedade disciplinar”, uma sociedade de vigilância e controle característica das formas modernas de

tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes. Não somente, portanto, as prisões. Os manicômios, o panóptico, as escolas, as confissões, as fábricas, as disciplinas, as medidas jurídicas, etc cuja conexão com o poder é em um certo sentido evidente, mas também a caneta, a escritura, a literatura, a filosofia, a agricultura, o cigarro, a navegação, os computadores, os telefones celulares e – porque não – a linguagem mesma, que é talvez o mais antigo dos dispositivos, em que há milhares e milhares de anos um primata – provavelmente sem dar - se conta das consequências que se seguiriam – teve a inconsciência de se deixar capturar” (AGAMBEN, 2005, p. 13).

¹³ Tratando-se da função estratégica do dispositivo, faz-se necessário evidenciar o caráter de uso contextual do dispositivo, uma vez que em determinado período histórico houve como necessidade “responder a uma urgência”, destacando-se assim a função estratégica do dispositivo, evidenciando sua capacidade de manobra, de tática e de manipulação. Afirmar, portanto, que o dispositivo revela uma natureza fundamentalmente estratégica significa dizer que se trata, segundo Foucault (1979, p. 246), “de uma certa manipulação das relações de força, de uma intervenção racional e organizada (...), seja para desenvolvê-las em determinada direção, seja para bloqueá-las (...)” (FOUCAULT, 1979, p. 246).

regulação social. De fato, Foucault denominou de dispositivo da sexualidade a forma como a sexualidade tornou-se a chave que dá acesso à gerência e ao controle da produção dos corpos, subjetividades e populações para a manutenção das relações de poder, permitindo a regulação da população por meio do exercício do poder sobre a vida, ou seja, o biopoder.

A sexualidade, portanto, teria um papel crucial na regulação social pela ação do biopoder, pois o sexo é cerne ao redor do qual toda a tecnologia da vida se desenvolve. A importância do sexo nessa dinâmica de regulação se daria uma vez que ele é o meio de acesso tanto à vida do corpo quanto à vida da espécie, oferecendo assim um meio de regulação tanto dos corpos individuais quanto do comportamento da população enquanto corpo político. O conceito foucaultiano de biopoder envolveria, portanto, a noção de um poder sobre a vida ou uma biopolítica da espécie humana. Um poder exercido dessa forma tem de qualificar, medir, avaliar, hierarquizar, fabricar leis que funcionem como normas, conforme aponta Foucault (1988).

Nesse raciocínio, sob a ótica foucaultiana (1979), um dispositivo corresponderia a um conjunto de discursos e práticas produzidos como mecanismo que, em determinado momento histórico, surge no âmbito das relações de poder, com a função dominante de responder a uma demanda urgente da biopolítica. Sendo assim, vê-se que a produção dos discursos médico-científico e a elaboração de manuais diagnósticos são mecanismos de conceituação, diagnóstico e tratamento da transexualidade. Essa estratégia visa atender a demanda da biopolítica de conformar o indivíduo transexual aos padrões de inteligibilidade social, provando assim que é possível não somente existir um dispositivo da sexualidade, mas também um dispositivo da transexualidade.

A partir de tal perspectiva, defende-se neste trabalho a existência de um dispositivo da transexualidade nos moldes que Fátima Lima (2011, p. 119) estabelece:

A ideia da transexualidade, enquanto dispositivo, reflete um conjunto de saberes que, através de relações e práticas de poder, estabeleceram sobre os corpos, o sexo e a sexualidade toda uma organização conceitual e prática que permitiu e legitimou a transexualidade como um fenômeno por excelência do âmbito médico, principalmente psiquiátrico. A genealogia desse processo encontra ressonância no dispositivo da sexualidade e na força da *Scientia Sexualis* a partir dos séculos XVIII e XIX (LIMA, 2011, p. 119)

A autora defende que, a partir do momento em que o biopoder se tornou o modelo contemporâneo de produção e controle de subjetividades, a transexualidade, gradativamente, transformou-se em um objeto próprio, com características particulares e com a singularidade de ser uma doença. Apesar da nomenclatura utilizada pela autora ser “dispositivo da transexualidade”, esse processo concerne a todas as vivências trans que foram categorizadas,

medicalizadas e singularizadas como doenças, tais como a travestilidade e as outras transgeneridades. Posteriormente, Fátima Lima (2014b, p. 61) passaria a usar a nomenclatura “dispositivo trans”, entretanto, optou-se por usar a nomenclatura original “dispositivo da transexualidade” por ser de uso mais frequente em seus estudos e ainda ser referenciada por diversos outros autores.

Dessa forma, no entendimento de Fátima Lima, a construção do dispositivo da transexualidade deve ser entendida dentro de um contexto histórico e político de medicalização tanto do corpo individual quanto do corpo social. Seguindo a ótica foucaultiana, o dispositivo da transexualidade se configuraria, portanto, num conjunto de enunciados, práticas, postulados, teses científicas, categorias diagnósticas, experiências, instituições, entre outros elementos que compõem um regime de enunciados e práticas que consolidaram as vivências trans como “transtornos de identidade de gênero” e “disforias de gênero”.

Então, parte-se da hipótese de que se consagrou um consenso em termos de saber-poder médico acerca do fenômeno da transexualidade, consolidando-a enquanto rede de relações de poder que articula os elementos diversos e heterogêneos, os quais engendrariam o dispositivo da transexualidade. Em outras palavras, a gênese da ideia de transexualidade enquanto patologia inscreve-se historicamente. Para Fátima Lima (2014b, p. 68):

As transexualidades foram inventadas. Dizer que foram inventadas é diferente de dizer que não existiam. Dizer que foram inventadas é perceber como, quando e de quais maneiras esta forma de subjetividade passa a constituir um elemento importante tanto do ponto de vista discursivo quanto das práticas sociais, ganhando sentidos em determinados regimes de verdade (LIMA, 2014b, p. 68)

Segundo entendimento de Jeffrey Weeks (2000, p. 36), isso não significa que as vivências trans como um todo não existissem antes da criação do dispositivo da transexualidade. Isso quer dizer que a criação da categoria “transexual”, a categorização das pessoas por meio dessas características, a criação de “posições de sujeito” ao redor dessa identidade de gênero em específico, é um fenômeno histórico, construído por uma série de enunciados, práticas e postulados.

Portanto, seguindo as discussões foucaultianas aqui trazidas, conclui-se que o dispositivo da transexualidade se conforma em conjunto de enunciados, práticas, postulados, teses científicas, experiências, instituições, entre outros subsídios que totalizam um regime de enunciados e práticas, o qual materializa a transexualidade nas figuras do “transexualismo”, do “transtorno de identidade de gênero” e da “disforia de gênero”, todos estes entendidos num contexto de medicalização do corpo individual e social durante os séculos 18 e 19. É no

domínio da Medicina, principalmente no discurso médico-científico e na nosografia médica e psiquiátrica, que a gênero da transexualidade enquanto patologia inscreve-se historicamente como um dispositivo.

Em face do que fora discutido anteriormente, conclui-se que as ciências sociais, por meio de suas formulações críticas acerca das questões de gênero, viabilizam uma abordagem própria das vivências trans. As diversas categorias analíticas trazidas ao longo dessa discussão se mostram como instrumentos indispensáveis ao debate dessas vivências trans. Além disso, para se tratar da cidadania das pessoas transexuais e travestis, obrigatoriamente, será necessário considerar as categorias aqui desenvolvidas.

Considerando esse cenário, a doutrina jurídica recorreu (e ainda recorre), a diferentes categorias analíticas que auxiliam na análise e na tutela das várias expressões da identidade de gênero, tendo o movimento LGBT desempenhado um papel fundamental como ator social de pressão nos Estados e nas entidades jurídicas internacionais nesse processo de construção. Nesse contexto, o Direito Internacional dos Direitos Humanos foi uma das vias principais para dar visibilidade à importância da incorporação das demandas ligadas à orientação sexual e à identidade de gênero no debate internacional.

1.2. A inclusão da identidade de gênero na pauta dos Direitos Humanos: a cidadania das pessoas trans no Direito Internacional dos Direitos Humanos

O tema da proteção dos direitos humanos das pessoas trans é uma matéria complexa que pode ser abordada por diferentes perspectivas. Ao se considerar que, em nível de Direito Internacional de Direitos Humanos, a temática da orientação sexual e da identidade de gênero teve uma longa história de invisibilidade e discussão precária, os movimentos LGBT, enquanto parte dos “novos movimentos sociais”, desempenharam um papel fundamental na inauguração de um novo capítulo na história dos direitos humanos das pessoas LGBT, ao propiciarem maior discussão desse assunto em âmbito internacional, além dos notórios e significativos avanços no Sistema Global¹⁴ e nos Sistemas Regionais¹⁵.

¹⁴ “O Sistema Global de Proteção dos Direitos Humanos foi criado no âmbito da ONU, da qual são membros quase todos os Estados do mundo. Esse sistema consiste num conjunto de mecanismos orientados para proteger os direitos de todas as pessoas. O termo "global" vem da Declaração Universal dos Direitos Humanos e indica que esses direitos são próprios de todas as pessoas de forma igual, sem exclusões nem discriminações de qualquer tipo. A ONU, organização internacional única na história, atualmente composta por 193 membros, é o expoente por excelência dos pontos fortes, dos desafios e das contradições da comunidade internacional, sendo o Fórum Intergovernamental com maior capacidade de decisões e mais recursos da história contemporânea” (BREGAGLIO, 2014, p. 102-103). Atualmente, o sistema global é complexo e não se limita à Carta, tendo sido ampliado com o advento de diversos tratados multilaterais de direitos humanos, pertinentes a específicas violações de direitos, tais como a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, a

Diante dessa situação, faz-se necessária a análise jurídica da construção da cidadania trans no âmbito Direito Internacional dos Direitos Humanos, com o intuito de verificar como as vivências trans passaram a ser tuteladas por esse domínio do Direito. Com esse estudo, objetiva-se compreender as categorias analíticas criadas pelo Direito Internacional dos Direitos Humanos atinentes à identidade de gênero, além de identificar a forma de ele tutelar as pessoas trans e reconhece direitos a esse segmento da população LGBT. Ressalte-se que, em razão do enfoque dado ao tema, o presente estudo limitar-se-á aos instrumentos normativos do Sistema Global e do Sistema Interamericano de Direitos Humanos que tangenciam as questões relativas à identidade de gênero.

1.2.1. O Sistema Global de proteção dos Direitos Humanos e a cidadania internacional das pessoas trans

Introduzir a temática da incorporação dos direitos ligados à identidade de gênero no Sistema Global de Direitos Humanos requer partir do fato de que a igualdade e a não discriminação constituem pilares fundamentais do Sistema Internacional dos Direitos Humanos. Dentre os seus propósitos, figuram a promoção, o respeito e o desenvolvimento dos Direitos Humanos e das liberdades fundamentais de todas as pessoas sem distinção, incluindo, dentre estas, as pessoas transexuais e travestis. Desse modo, convém analisar como os principais instrumentos internacionais reconhecem, protegem e promovem os direitos e liberdades das pessoas trans, levando em conta o respeito à sua identidade de gênero.

Primeiramente, percebe-se que, do ponto de vista do Sistema Global de proteção dos Direitos Humanos, é reconhecida como um dos mais importantes instrumentos a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), documento adotado pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Contudo, antes de adentrar no conteúdo do referido instrumento, é importante destacar a origem das Nações Unidas neste

Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, a Convenção sobre os Direitos da Criança e a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros de suas Famílias, por exemplo.

¹⁵ “Cada um dos sistemas regionais de proteção apresenta um aparato jurídico próprio. O sistema interamericano tem como principal instrumento a Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969, que estabelece a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a Corte Interamericana. Já o sistema europeu conta com a Convenção Europeia de Direitos Humanos de 1950, que estabeleceu originariamente a Comissão e a Corte Europeia de Direitos Humanos. Com o Protocolo n. 11, em vigor desde novembro de 1998, houve a fusão da Comissão com a Corte, com vistas à maior judicialização do sistema europeu, mediante uma Corte reformada e permanente. Por fim, o sistema africano apresenta como principal instrumento a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos de 1981, que, por sua vez, estabelece a Comissão Africana de Direitos Humanos; posteriormente foi criada a Corte Africana de Direitos Humanos, mediante um Protocolo à Carta, em 1998” (PIOVESAN, 2013, p. 341)

processo. Então, criada no final da segunda grande guerra mundial, em 26 de abril de 1945, as Nações Unidas estabelecem obrigações e deveres que devem ser seguidos pelos Estados-membros por meio da DUDH, resultando assim em um forte avanço na arena internacional quanto à promoção da qualidade de vida social da humanidade, ao passo que os Estados-membros se comprometem a promover, em cooperação com a ONU, o respeito universal dos direitos humanos.

Posto isso, após analisar o conteúdo da DUDH, confere-se, de acordo com o referido documento, artigo I, que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos (...)” e, enquanto tais possuem capacidade para gozar os direitos e as liberdades, conforme disposto no artigo II, 1:

Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.

Além disso, no artigo sétimo da DUDH, constata-se a proibição explícita da discriminação, em decorrência de o art. VII estipular que:

Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

Isso significa que todo ser humano será capaz de usufruir de direitos e liberdades previstos na DUDH sem distinções de qualquer natureza, incluindo as distinções motivadas pela identidade de gênero, tais como as que sofrem as pessoas travestis e transexuais. Veda-se, portanto, o tratamento diferenciado com base no sexo, gênero ou na sexualidade da pessoa. O cerceamento de direitos à alteração do registro civil, à cirurgia de transgenitalização e ao acesso aos demais serviços de saúde, por exemplo, viola a DUDH e tal violação configura o não reconhecimento da capacidade de autodeterminação de gênero e sexual das pessoas trans.

A relação estreita e interdependente entre o princípio da não discriminação e o direito à igualdade perante a lei cristalizada pela DUDH também se encontra refletida no Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (PIDCP), adotado pela Assembleia Geral em 1966, o qual dispõe em seu artigo 2.1:

Cada Estado Parte no presente Pacto compromete-se a respeitar e a garantir a todos os indivíduos que se encontrem nos seus territórios e estejam sujeitos à sua jurisdição os direitos reconhecidos no presente Pacto, sem qualquer distinção, derivada, nomeadamente, de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião

política, ou de qualquer outra opinião, de origem nacional ou social, de propriedade ou de nascimento, ou de outra situação.

E, no mesmo sentido, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), adotado pela Assembleia Geral também em 1966, estabelece em seu artigo 2.2. que:

Os Estados Partes no presente Pacto comprometem-se a garantir que os direitos nele enunciados serão exercidos sem discriminação alguma baseada em motivos de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou qualquer outra opinião, origem nacional ou social, fortuna, nascimento, qualquer outra situação.

Como se pode observar, do surgimento das Nações Unidas até meados dos anos 2000, o elo entre direitos humanos e comunidade LGBT caracterizou-se por uma passagem histórica restrita e limitada, na qual questões ligadas a não discriminação por orientação sexual eram até então pouco discutidas explicitamente, sem haver instrumentos internacionais diretamente conferidos às demandas das pessoas LGBT, muito menos em relação às pessoas trans.

Não obstante essa situação houve uma singela virada na abordagem da temática da orientação sexual e da identidade de gênero no sistema global de proteção de direitos humanos, uma vez que esta definitivamente entrou na agenda política do sistema global de direitos humanos. Nos últimos anos, muitos avanços já foram conseguidos com a finalidade de assegurar que a orientação sexual e a identidade de gênero sejam consideradas em conjunto com a defesa e promoção de direitos humanos, sob a perspectiva do Direito Internacional de Direitos Humanos.

A oposição de Estados teocráticos e do conservadorismo continua forte e demonstra que ainda há uma longa jornada até se alcançar a máxima garantia dos direitos humanos das pessoas LGBT, além disso, a discussão dessa temática ainda pode ser considerada como invisibilizada se comparada com a discussão de outras violações específicas de direitos humanos. Contudo, os primeiros e firmes passos já foram dados no caminho da proteção das pessoas travestis e transexuais contra discriminações em razão de sua identidade de gênero.

Desse modo, podem ser mencionados alguns avanços recentes que trouxeram visibilidade à necessidade de proteção dos direitos, das liberdades e da dignidade da população trans para o correto desenvolvimento de sua cidadania, tais como a Declaração Internacional dos Direitos de Gênero, Declaração da Noruega Sobre Violações dos Direitos Humanos Baseados na Orientação Sexual e na Identidade de gênero e o conjunto de Princípios de Yogyakarta.

A Declaração Internacional dos Direitos de Gênero (DIDG ou IBGR – *International Bill of Gender Rights*), adotada em junho de 1995 em Houston, nos Estados Unidos, pode ser

considerada um dos marcos nesse processo contemporâneo de incorporação explícita de demandas de identidade de gênero no âmbito do Direito Internacional dos Direitos Humanos. Esse documento instaura o direito à reivindicação da identidade de gênero, sua livre expressão, o respeito à determinação e modificação do próprio corpo, a necessidade de um serviço médico competente e profissional, dentre outras medidas essenciais à cidadania das pessoas trans.

Entretanto, os dez direitos enunciados no documento não devem ser entendidos como exclusivos de um determinado grupo ou com aplicação restrita às pessoas *trans*, embora para estas as demandas referentes à identidade de gênero e às questões de papel de gênero sejam de importância vital. De fato, os direitos referentes à proteção da identidade de gênero e da sexualidade são universais e podem ser reivindicados e exercidos por todo e qualquer ser humano. Apesar de a DIDG não ter força vinculativa, foi um verdadeiro marco na abordagem da questão em nível internacional e até hoje é eleita importante ponto de referência na legislação voltada para os direitos das pessoas transexuais e travestis, como as leis de identidade de gênero.

Posteriormente, pode ser citada a “Declaração da Noruega Sobre Violações dos Direitos Humanos Baseados na Orientação Sexual e na Identidade de gênero”, que defende e promove os direitos humanos relacionados com a orientação sexual e a identidade de gênero. Esse documento internacional foi promovido pela Noruega representando 54 Estados da Europa, Ásia e América e 18 nações que integram o órgão das Nações Unidas, tendo sido entregue em 1º de dezembro de 2006 durante a terceira Sessão do Conselho de Direitos Humanos da ONU. Essa é a ocasião considerada a primeira em que se incorporou explicitamente o tema da identidade de gênero a uma declaração entregue ao órgão das Nações Unidas.

Em síntese, a referida declaração conjunta objetiva a vigência dos princípios de universalidade e não discriminação e requer que os temas relacionados com a orientação sexual e a identidade de gênero sejam considerados em conjunto com a defesa e promoção de direitos humanos. De acordo com esse documento, é inaceitável que algum Estado comprometido com direitos humanos possa divergir do princípio de que nenhuma pessoa deveria enfrentar a morte, a tortura e a violência em razão de sua orientação sexual ou sua identidade de gênero.

Por fim, por ser considerado o documento internacional de maior visibilidade no tocante à proteção e à valorização das demandas relativas às pessoas trans e que melhor reflete o estado atual da legislação internacional de direitos humanos em relação às questões de orientação sexual e identidade de gênero, há o documento “Princípios de Yogyakarta sobre a Aplicação

da Legislação Internacional de Direitos Humanos em relação à Orientação Sexual e Identidade de Gênero”, referenciado a partir de agora nesta pesquisa como Princípios de Yogyakarta.

Esse documento internacional consubstanciou as conclusões de um seminário internacional realizado em Yogyakarta, Indonésia, na Universidade de Gadjah Mada, entre 6 e 9 de novembro de 2006, no qual participaram 29 eminentes especialistas e 25 países, com experiências diversas e conhecimento relevante das questões da legislação de direitos humanos. Por último, esse documento foi apresentado ao Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas em 26 de março de 2007, embora a resposta internacional tenha sido a princípio fragmentada e inconsistente.

Conclusão, Princípios de Yogyakarta é um documento internacional que aborda normas de Direito Internacional de Direitos Humanos e sua aplicação às questões de orientação sexual e identidade de gênero, além de ratificar parâmetros legais internacionais vinculantes que os Estados devem cumprir. Os seus 29 princípios¹⁶ afirmam a obrigação primária de os Estados implementarem os direitos humanos, sendo cada princípio acompanhado de detalhadas recomendações aos Estados. No entanto, os especialistas também enfatizam que muitos outros atores têm responsabilidades na promoção e proteção dos direitos humanos, a saber, o sistema de direitos humanos das Nações Unidas, instituições nacionais de direitos humanos, mídia, organizações não governamentais e financiadores.

A formulação desses princípios se fez necessária em virtude das incontáveis violações de direitos humanos que atingem pessoas por causa de sua orientação sexual ou identidade de gênero, real ou percebida, constituindo um padrão global e consolidado de violações, as quais incluem: execuções extrajudiciais, tortura e maus-tratos, agressões sexuais e estupro, invasão

¹⁶ Os Princípios de Yogyakarta compreendem então uma vasta gama de direitos humanos dentro os quais se encontram: o gozo universal dos direitos humanos (princípio 1); Direito à Igualdade e a Não-Discriminação; Direito ao Reconhecimento Perante a Lei (princípio 2); Direito à vida (princípio 3); Direito à segurança pessoal (princípio 4); Direito à privacidade (princípio 5); Direito de Não Sofrer Privação Arbitrária da Liberdade (princípio 6); Direito a um Julgamento Justo (princípio 7); Direito a Tratamento Humano durante a Detenção (princípio 8); Direito de Não Sofrer Tortura e Tratamento ou Castigo Cruel, Desumano e Degradante (princípio 9); Direito à Proteção Contra todas as Formas de Exploração, Venda ou Tráfico de Seres Humanos (princípio 10); Direito à Proteção Contra todas as Formas de Exploração, Venda ou Tráfico de Seres Humanos (princípio 11); Direito ao Trabalho (princípio 12); Direito à Seguridade Social e outras Medidas de Proteção Social (princípio 13); Direito a um Padrão de Vida Adequado (princípio 14); Direito à Habitação Adequada (princípio 15); Direito à Educação (princípio 16); Direito ao Padrão mais Alto Alcançável de Saúde (princípio 17); Proteção contra Abusos Médicos (princípio 18); Direito à Liberdade de Opinião e Expressão (princípio 19); Direito à Liberdade de Reunião e Associação Pacíficas (princípio 20); Direito à Liberdade de Pensamento, Consciência e Religião (princípio 21); Direito à Liberdade de Ir e Vir (princípio 22); Direito de Buscar Asilo (princípio 23); Direito de Constituir uma Família (princípio 24); Direito de Participar da Vida Pública (princípio 25); Direito de Participar da Vida Cultural (princípio 26); Direito de Promover os Direitos Humanos (princípio 27); Direito a Recursos Jurídicos e Medidas Corretivas Eficazes (princípio 28).

de privacidade, detenção arbitrária, negação de oportunidades de emprego e educação e sérias discriminações em relação ao gozo de outros direitos humanos. Essas violações são com frequência agravadas por outras formas de violência, ódio, discriminação e exclusão, como aquelas baseadas em intersecções de raça, idade, religião, deficiência ou status econômico, social ou de outra ordem.

Em consideração ao contexto de violações e preconceito acima expostos, é importante frisar que os Princípios de Yogyakarta oferecem um entendimento específico acerca da identidade de gênero, propício para ser utilizado como referência na produção de legislações, políticas públicas e documentos alusivos à temática dos direitos humanos ligados à cidadania trans. Nesse sentido, segue transcrito o conceito delimitado no documento supracitado:

ENTENDENDO “identidade de gênero” como estando referida à experiência interna, individual e profundamente sentida que cada pessoa tem em relação ao gênero, que pode, ou não, corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo-se aí o sentimento pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive o modo de vestir-se, o modo de falar e maneirismos;

Corroborando tal assertiva, o Informe Anual do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos¹⁷, de 17 de novembro de 2011, reconhece que os Princípios de Yogyakarta constituem importante fonte para definir os termos “orientação sexual” e “identidade de gênero” a ponto de bastantes entidades da ONU utilizarem seus conceitos, assim como alguns países os têm utilizado para ajudar nas “respostas de políticas aos incidentes de violência e discriminação”, além de outros se comprometerem a adotá-los no processo de revisão periódica universal e elaboração de políticas futuras, a exemplo do Brasil.

Ademais, conforme ressaltado no *tracking report* do impacto dos Princípios de Yogyakarta realizado pela equipe de Ettlbrick e Zerán (2010), não se pode olvidar a importância de esses conceitos terem sido firmados sem reproduzir paradigmas medicalizantes e patologizantes, conforme entendem Ettlbrick e Zerán (2010, p. 11):

These definitions – devoid of the morally and medically stigmatizing connotations often found in the law – have started already to build an important link among States and other authorities that have already adopted or referenced them in the context of legislative, judicial or executive level law making, reporting, or debate¹⁸ (ETTELBRICH, ZERÁN, 2010, p. 11)

¹⁷ Disponível em: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/A.HRC.19.41_Spanish.pdf>. Acesso em: 05/01/2017.

¹⁸ Essas definições - desprovidas das conotações estigmatizantes da moral e da medicina frequentemente encontradas na lei - já começaram a construir um importante elo entre os Estados e outras autoridades que já os adotaram ou referenciaram no contexto da legislação, do judiciário ou do executivo, de relatórios ou de debates (ETTELBRICH, ZERÁN, 2010, p.11)

Ainda sobre a aplicação dos Princípios de Yogyakarta, Ettelbrich e Zerán (2010, p. 27) defendem que, num contexto de América Latina, o referido documento tornou-se uma ferramenta importante para os ativistas de direitos humanos latino-americanos na advocacia internacional. Sobre o impacto do documento supracitado na região da América Latina, as autoras apontam que:

Domestically, from a review of both established legal impact, pending government action, and references in media and other communications, there appears to be no other region in which the Principles have been put to use as widely and to increasing effect. While there are still only a handful of direct legislative and other official references to them within the region, the widespread awareness of the Principles and repeated use of them as a reference point in advocacy is bound to be a continuing factor in human rights developments in the region¹⁹ (ETTELBRICH. ZERÁN, 2010, p. 27)

Nesse caso, as autoras analisam que a advocacia internacional latino-americana em causas de direitos sexuais e de sexualidade têm referenciado com frequência os Princípios, tanto no âmbito internacional quanto no regional, de modo a incluir a orientação sexual e identidade de gênero nos debates sobre o direito à não discriminação, para assegurar que violações de direitos humanos baseadas na orientação sexual e na identidade de gênero recebam a avaliação e a condenação internacional cabível.

Esse reconhecimento expresso da identidade de gênero e da orientação sexual do indivíduo como passíveis de tutela jurídica representou não somente uma inestimável ferramenta para a advocacia internacional, mas também se mostrou como uma importante diretriz global para a correta incorporação e respeito aos direitos humanos das pessoas trans por parte de cada país. Infelizmente, da mesma forma que o Direito Internacional dos Direitos Humanos como um todo, sobretudo em relação às recomendações em geral, os Princípios de Yogyakarta também carecem de plena observância e força executória, em razão de sua natureza de *soft law*.

Sendo assim, até o momento, os Princípios de Yogyakarta se revelam, principalmente no Brasil, um instrumento, cujo conhecimento do seu conteúdo é restrito ao seio da comunidade jurídica, urgindo, portanto, que cada vez mais seja discutido e referenciado na tutela de demandas das pessoas trans em nossa região. Além disso, nada obsta que esses Princípios

¹⁹ Internamente, a partir de uma revisão do impacto legal estabelecido, da ação governamental pendente e de referências na mídia e em outras comunicações, não parece haver nenhuma outra região em que os Princípios tenham sido usados de forma tão ampla e crescente. Embora ainda haja apenas um punhado de referências legislativas diretas e outras referências oficiais a eles dentro da região, a ampla conscientização dos Princípios eo uso repetido deles como um ponto de referência na advocacia é um fator continuado na evolução dos direitos humanos na região (ETTELBRICH. ZERÁN, 2010, p. 27)

sejam adotados como fonte informal do Direito Internacional e, no futuro, sejam utilizados como texto-base para uma convenção internacional, haja vista consubstanciarem uma leitura reflexiva dos tratados e das convenções internacionais de direitos humanos atuais, atenta à especificidade da orientação sexual e identidade de gênero.

Por fim, cabe lembrar que, em 22 de março de 2011, nova Declaração foi apresentada perante o Conselho de Direitos Humanos da ONU, denominada “Declaração conjunta para fazer cessarem os Atos de Violência e as Violações de direitos humanos a eles relacionadas, dirigidos contra as pessoas por conta de sua orientação sexual ou identidade de gênero”. Esse instrumento se assemelha ao apresentado na Noruega em 2006, com a diferença de que contou com oitenta e cinco assinaturas de Estados-Parte, enquanto a Declaração Conjunta da Noruega foi firmada com cinquenta e quatro Estados-Parte, indicando assim a maior adesão de países e um importante aumento de apoio de nações asiáticas e africanas, os quais comumente não tomam parte dessas discussões no tocante à valorização da sexualidade.

1.2.2. O Sistema Interamericano de Direitos Humanos e a cidadania internacional das pessoas trans

Ao tratar da proteção internacional de direitos humanos nas Américas, verifica-se que o Sistema Interamericano de Direitos Humanos (SIDH) tem desempenhado um papel importante nesse contexto como o principal sistema regional de proteção e promoção dos direitos humanos nas Américas, detendo uma rede de instrumentos, órgãos e procedimentos, mediante os quais é possível garantir e proteger os direitos humanos no continente americano.

Segundo Ospina e Villareal (2014, p. 145), o Sistema Interamericano apenas logrou essa posição em virtude da consolidação de um quadro normativo vinculativo para os Estados em matéria de direitos humanos, bem como pela subsequente criação de órgãos responsáveis pela segurança dos mesmos e pela formulação de procedimentos específicos que monitorassem e avaliassem o cumprimento das obrigações adquiridas pelos Estados-membros. Convém realçar ainda que, segundo Ospina e Vilarreal (2014, p. 149), esse sistema de promoção e proteção de direitos humanos é constituído a partir da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH)²⁰, órgão criado para promover a observância dos

²⁰ A CIDH tem por papel fiscalizar a observância dos direitos humanos nas Américas por parte dos Estados membros e, para tanto, realiza visitas aos países, organiza eventos temáticos, elabora relatórios sobre a situação dos direitos humanos no país, emite opiniões consultivas sobre a adequação dos ordenamentos jurídicos internos à Convenção e demais documentos jurídicos do SIDH. Realiza procedimentos não contenciosos para equacionamento amigável dos conflitos, recebe e examina as petições, de indivíduo ou grupos de indivíduos, ou

direitos humanos na região e ser o órgão consultivo da OEA em matéria de direitos humanos, e pela Corte Interamericana de Direitos Humanos²¹ (Corte IDH ou Corte), órgão judicial da SIDH responsável pela interpretação da CADH de acordo com o caso apresentado.

Logo, quanto à proteção de direitos humanos no âmbito do Sistema Interamericano, constata-se datar de 1948 a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (DADH), documento internacional firmado perante a Organização dos Estados Americanos (OEA). Juntamente com a Carta da Democrática Interamericana, a DADH, adotada apenas meses antes da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a DADH foi o instrumento mais relevante para o surgimento posterior dos órgãos de proteção dos direitos humanos, pois estabeleceu a relevância da proteção internacional dos direitos humanos por parte dos Estados Americano, embora não tenha sido aprovada como uma convenção com efeitos vinculativos²² para os Estados.

Acerca de seu conteúdo, depreende-se que a DADH apresenta a louvável peculiaridade de abordar uma parte referente aos direitos e à prescrição dos deveres correlatos, postulando em seu preâmbulo que direitos e deveres “(...) integram-se correlativamente em toda a atividade social e política do homem. Se os direitos exaltam a liberdade individual, os deveres exprimem a dignidade dessa liberdade”. Além disso, em seus artigos primeiro e segundo, institui que todo ser humano goza do direito à vida, à liberdade e à segurança, bem como defende a igualdade das pessoas na titularidade de direitos e deveres perante a lei, sem distinção de raça, língua, crença, ou qualquer outra. Além disso, reafirma em seu artigo terceiro o direito à não discriminação no exercício dos direitos, e institui a obrigação de os estados promoverem a cidadania “sem discriminação alguma por motivos de

ainda ONG, com denúncia de violação de direitos da Convenção por parte de Estado que a ela está vinculada (PIOVESAN, 2013, p. 259).

²¹ A Corte IDH é o órgão jurisdicional do Sistema Interamericano responsável pela implantação e interpretação da CADH. Criado em 1969, mas com funções a partir de 1978, a Corte foi peça fundamental para garantir o respeito dos direitos humanos na América. Essa instituição só pode pronunciar-se sobre disputas envolvendo os Estados que tenham ratificado a sua jurisdição de acordo com os procedimentos estabelecidos na CADH, com esta finalidade. A Corte tem sete juízes encarregados de fundamentar e resolver disputas que a CIDH ou qualquer Estado-Membro submeta aos seus conhecimentos. Nesse sentido, as funções da Corte IDH são divididas principalmente em dois: conhecer casos individuais ou interestaduais que aleguem a violação de qualquer direito contido na CADH e, por outro lado, dar opiniões consultivas a pedido dos Estados-Membros (OSPINA & VILLAREAL, 2014, p.153).

²² Cabe esclarecer que, não obstante não ter sido aprovada como um convenção com efeitos vinculativos, a Corte Interamericana de Direitos Humanos dispôs em sua Opinião Consultiva No. 10/90 de 1989 que "para estes Estados a Declaração Americana constitui, em relação à Carta da Organização, uma fonte de obrigações internacionais. (...) O fato de que a Declaração não seja um tratado não leva, então, à conclusão de que careça de efeitos jurídicos, ou que a Corte esteja impossibilitada para interpretá-la no âmbito da explicação anterior". Esse entendimento foi corroborado pela Comissão Interamericana em seu Relatório nº 51/01, Rafael Ferrer-Mazorra e Otros vs Estados Unidos No. 9903, de 4 de abril de 2001.

raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de qualquer índole, origem nacional ou social, posição econômica, nascimento ou qualquer outra condição”.

Ademais, em sentido semelhante, a Carta Democrática Interamericana reafirma o direito à não discriminação e ainda faz uma referência direta à discriminação de gênero, cujo conceito pode ser ampliado para abarcar as discriminações relacionadas ao não respeito à identidade de gênero dos indivíduos, postulando em seu artigo nono que:

Art 9º. A eliminação de toda forma de discriminação de gênero, étnica e racial, e das diversas formas de intolerância, assim como a proteção e promoção dos direitos humanos dos povos indígenas e dos imigrantes, e o respeito à diversidade étnica, cultural e religiosa nas Américas, contribuem ao fortalecimento da democracia e da participação cidadã.

Posteriormente, devido à necessidade de desenvolver um instrumento com força vinculativa para fazer cumprir as obrigações em matéria de direitos humanos nas Américas, foi assinada na cidade de San José de Costa Rica, em 22 de novembro de 1969, na Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (CADH), instrumento fortemente modelado em referência à Convenção Europeia de Direitos Humanos, principalmente em termos institucionais.

Em resumo, ao longo de seus 82 artigos, a Convenção institui uma proteção mais abrangente de direitos humanos e, assim, garante, entre outros, o direito à vida, à integridade social, à liberdade da pessoa, ao processo judicial justo, à privacidade, a um nome, à nacionalidade, à participação em tomada de decisão estatal, à igualdade e à proteção legal. Finalmente, a CADH também aboliu a escravidão e garantiu a liberdade de consciência, de religião, de pensamentos e de expressão, bem como a liberdade de associação, de circulação e livre escolha de residência e codificou a não retroatividade de leis penais e sanções. Sendo assim, os Estados-Partes da CADH devem seguir esses direitos, garantir seu exercício livre e pleno e tomar medidas positivas para assegurar o total exercício dessas garantias.

Ao se considerar que o conteúdo da CADH pode ser diretamente atribuído à proteção internacional das pessoas *trans*, no que tange à garantia do direito à igualdade e à não discriminação em razão da identidade de gênero, atesta-se que os Estados-membros estão incumbidos do dever de assegurar o livre e pleno exercício dos direitos constantes na Convenção sem discriminação motivada por raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de qualquer tipo, origem nacional ou social, posição econômica, nascimento ou qualquer outra condição social, de acordo com o artigo primeiro.

Outros dispositivos da CADH podem ser elencados como referência na proteção da cidadania das pessoas *trans*, a saber, os que preceituam, ainda, que é assegurada a toda pessoa

o direito à integridade física, psíquica e moral (art. 5º), à liberdade e segurança pessoais (art. 7º), bem como a proteção de sua honra e dignidade por meio da lei contra condutas arbitrárias ou ofensas (art. 11). Além desses, há o postulado que consagra o princípio da igualdade perante a lei e à igual proteção por esta conferida, conforme o art. 24 do citado instrumento.

Após a análise da normativa geral do SIDH, segue então a dos demais diplomas jurídicos e institutos políticos referentes à questão da identidade de gênero e demandas LGBT nesse sistema regional, tais como as resoluções da Assembleia-Geral da OEA, a Convenção Interamericana contra Toda Forma de Discriminação e Intolerância e a Relatoria sobre direitos das pessoas LGBT.

No que concerne às resoluções da Assembleia-Geral da OEA, cita-se a Resolução nº 2435/2008 – Direitos Humanos, Orientação Sexual e Identidade de Gênero da OEA, documento aprovado por consenso de 34 países do continente americano em 3 de junho de 2008, fruto de iniciativa da delegação brasileira. Ao ser apresentado como marco da celebração do sexagésimo aniversário da Carta da OEA, o documento internacional em apreço demonstra a preocupação com os “atos de violência e das violações aos direitos humanos correlatas e perpetradas contra indivíduos motivados pela orientação sexual e pela identidade de gênero”, momento primeiro na história do hemisfério em que os termos “orientação sexual” e “identidade de gênero” figuraram em um documento, o qual faz parte desse nível de proteção internacional de direitos humanos.

Nesse contexto, a Assembleia-Geral determinou à Comissão de Assuntos Jurídicos e Políticos (CAJP) que incluísse o tema “Direitos humanos, Orientação Sexual e Identidade de Gênero” em sua agenda e, ainda, que o Conselho Permanente informasse à Assembleia-Geral sobre a implementação da resolução, com a devida disponibilização de recursos financeiros para tanto. Desde então, anualmente, a Assembleia-geral da OEA produz esse documento com conteúdo cada vez mais enfático quanto à erradicação da discriminação transfóbica nas Américas. Podem ser citadas como produções advindas desse processo as Resoluções nº 2504/2009, nº 2600/2010, nº 2653/2011, nº 2721/2012 e nº 2807/2013.

A importância da análise da inclusão dessas categorias no texto de um documento reside no fato de, com essa decisão, o Sistema Interamericano se tornar o segundo sistema regional, depois do europeu, a reconhecer um claro compromisso político por parte dos Estados-membros e a assumir a realidade da exposição a violações de direitos humanos que enfrentam pessoas lésbicas, gays, bissexuais, intersexuais e, em especial, quanto ao recorte desta pesquisa, as pessoas travestis, transexuais e transgêneras no cenário latino-americano.

Para completar esse quadro normativo, procede também a análise da institucionalização política realizada no âmbito do SIDH, cujo marco da institucionalização das demandas LGBT é a criação, em novembro de 2011, da Unidade Especial para os direitos das pessoas LGBTI. Posteriormente, houve a consolidação dessa institucionalização política com a criação da Relatoria sobre direitos das pessoas LGBT²³, em novembro de 2013, cumprindo assim o compromisso da CIDH para fortalecer e reforçar seu trabalho na proteção, promoção e monitoramento dos direitos humanos de LGBT na região.

Esse quadro normativo-institucional, em cotejo com as resoluções da OEA mencionadas e as declarações da SIDH, culminou com a aprovação da Convenção Interamericana contra Toda Forma de Discriminação e Intolerância, o primeiro documento internacional juridicamente vinculante que, de forma expressa, condena a discriminação baseada em orientação sexual, identidade e expressão de gênero, tendo sido aprovado em 05 de junho de 2013 pela Assembleia Geral da OEA. Sendo assim, esse instrumento configura uma importante iniciativa simbólica num campo até pouco relegado à invisibilidade e representa o resumo de tudo o que fora discutido no âmbito das resoluções da Assembleia Geral da OEA contra a homofobia e transfobia, coligadas com as declarações da CIDH de repúdio à discriminação e violência contra pessoas LGBT.

A Convenção supracitada apresenta os conceitos de discriminação e discriminação indireta, pautada em demarcações identitárias tais como nacionalidade, idade, sexo, *orientação sexual, identidade e expressão de gênero*, idioma, religião, identidade cultural, opinião política ou de outra natureza, origem social, posição socioeconômica, nível educacional, condição de migrante, refugiado, repatriado, apátrida ou deslocado interno, deficiência, característica genética, estado de saúde física ou mental, inclusive infectocontagioso, e condição psíquica incapacitante, ou qualquer outro tipo de condição, e de intolerância, conforme disposto em seu artigo primeiro. Além disso, enfatiza-se que a Convenção Interamericana contra Toda Forma de Discriminação e Intolerância reafirma o princípio da igualdade e da não discriminação, ao considerar que todo ser humano goza do direito ao reconhecimento, ao exercício e à proteção, em pé de igualdade, individual e

²³ Atualmente existem 9 relatorias e uma unidade especial. A primeira foi a relatoria sobre os Direitos dos Povos Indígenas (1990), seguida pela de Direitos das Mulheres (1994), Migrantes (1996), Liberdade de Expressão (1997), Crianças (1998), Defensores e Defensoras dos Direitos Humanos (2001), Pessoas Privadas de Liberdade (2004), Afro-descendentes e contra a Discriminação Racial (2005), e, mais recentemente, a Relatoria para os Direitos das Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexuais (2011). Por fim, ainda há a Unidade sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (2012). Informação disponível em <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/relatorias.asp>. Acesso em: 05/01/2017.

coletivamente, de seus direitos humanos e liberdades fundamentais constantes na legislação interna e nos instrumentos internacionais aplicáveis aos Estados signatários.

Portanto, a partir da análise desse quadro normativo-institucional do Sistema Interamericano, conclui-se que a evolução da cidadania internacional de LGBT no SIDH em muito supera o sistema global, pois assumiu uma posição vanguardista desde 2008, com declarações públicas, resoluções de caráter vinculante e várias referências explícitas quanto à “orientação sexual” e à “identidade de gênero” em seus instrumentos, tendo como marco da proteção da cidadania LGBT e, mais especificamente, *trans*, a Convenção Interamericana contra Toda Forma de Discriminação e Intolerância, aprovada no ano 2013. Entretanto, urge que a Convenção seja assinada pelos Estados-parte na CADH e, além disso, efetivada ao máximo possível para punir as violações de direitos humanos das pessoas transexuais e travestis nas Américas, em virtude do inegável cenário de discriminação transfóbica baseada no desrespeito à identidade de gênero.

Com base no que fora citado anteriormente, admite-se que a Convenção Interamericana e os Princípios de Yogyakarta representam um importante instrumento de referência na luta pela proteção e promoção de direitos humanos relativos à identidade de gênero nos âmbitos global e regionais. Os referidos instrumentos pertencentes ao *corpus* normativo do Direito Internacional de Direitos Humanos mostram-se essenciais para a compreensão da cidadania internacional das pessoas trans e, em razão disso, seus dispositivos legais devem ser levados em consideração como balizadores das normativas nacionais que tratem acerca do tema.

Esses documentos, assim como todo o arcabouço normativo-institucional analisado previamente, desvelam toda a conjuntura internacional que, paulatinamente, caminha pela agregação de esforços no *front* de combate à transfobia. Pretende-se, portanto, não somente remediar os séculos de invisibilização da discussão acerca dos direitos humanos das pessoas trans, mas também influenciar os Estados a reconhecer e promover os direitos relativos à identidade de gênero por meio de suas legislações, decisões judiciais e políticas públicas.

1.3. A cidadania das pessoas trans no Brasil: panorama da ação dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário

No que concerne à violação de Direitos Humanos das pessoas trans, constatou-se que o Brasil é o país com maior número absoluto de assassinatos de pessoas trans no mundo, tendo sido registrados 689 homicídios entre o período de janeiro de 2008 e dezembro de 2014,

conforme relatório do Projeto de Monitoramento de Assassinatos Trans (*Trans Murder Monitoring – TMM – Project*)²⁴. Esse número corresponde a 51% dos 1.356 casos desse tipo de homicídio motivado pela identidade de gênero da vítima registrados em toda a América Latina. No mesmo sentido, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) também apontou o Brasil como o país com o maior índice de mortes violentas de pessoas transgêneros no continente americano, conforme registro feito no período de janeiro de 2013 a março de 2014²⁵. Nesse relatório, constam 140 assassinatos de pessoas trans no Brasil, havendo uma diferença de 100 casos entre o nosso país e o segundo colocado.

Com base nesses dados estatísticos, depara-se com um cenário de profunda vulnerabilização e marginalização das pessoas trans brasileiras, uma vez que os poucos dados que retratam a experiência de vida dessa parcela da população denunciam não somente a sua invisibilização perante o Estado brasileiro, mas também as brutais violações de direitos as quais essa população é submetida cotidianamente. Pode-se dizer que, no contexto brasileiro, as pessoas transexuais e as travestis se mostram como o elo mais fraco e mais vulnerabilizado dentro de um mesmo segmento, o LGBT, em razão do elevado grau de discriminação, intolerância e violência direta a qual são submetidos.

Pode-se arguir que esse quadro alarmante de desigualdade de gênero e de vulnerabilização da população trans encontra-se igualmente refletido no Direito brasileiro: o legislador pátrio permanece omissos acerca das temáticas envolvendo a transexualidade e a travestilidade, ao passo que o judiciário brasileiro, apesar de ter empreendido significativos avanços em relação à tutela dos direitos de alguns transexuais (entendidos neste trabalho como “transexuais verdadeiros”), ainda não é uníssono quanto à tutela dos direitos à saúde e à alteração do registro civil e revela-se também silente em relação a temas mais tormentosos, como a salvaguarda dos direitos a pessoas trans que não realizaram cirurgia transgenitalizadora.

Desse modo, para analisar o posicionamento do Estado diante das demandas das pessoas transexuais, empreender-se-á uma breve análise da tutela das vivências trans no âmbito dos Três Poderes do Estado brasileiro, no tocante aos postulados legislativos, às decisões jurisprudenciais e às políticas públicas nacionais direcionadas para a proteção e integração social das pessoas travestis e transexuais. Pretende-se verificar, com isso, como os

²⁴ TvT research project. *Trans Murder Monitoring: Transrespect versus Transphobia Worldwide*. 2014. Disponível em: www.transrespect-transphobia.org/en/tvt-project/tmm-results.htm. Acesso em: 05/01/2017.

²⁵ CIDH – Comissão Interamericana de Direitos Humanos. *Relatoría sobre los derechos de las personas LGBTI. Registro de violencia contra las personas LGBT en América: Ataques contra la vida y la integridad*. 2014. Disponível em: www.oas.org/es/cidh/lgtbi/docs/Registro-Violencia-LGBTI.xlsx. Acesso em: 05/01/2017.

poderes Legislativo, Executivo e Judiciário asseguram (ou não) a essa população o direito à necessária adequação ao seu gênero e à cidadania trans e propiciam sua inserção social livre de qualquer tipo de violência.

1.3.1. Tutela das demandas das pessoas trans no âmbito do Poder Legislativo

Primeiramente, quanto à tutela das demandas das pessoas trans no âmbito do Poder Legislativo Federal, observa-se que o quadro alarmante de exclusão social das pessoas travestis e transexuais é proporcional à ausência de legislação federal adequada para tratar de aspectos cruciais da vida dessas pessoas, como a alteração do registro civil e seu reconhecimento social. Essa ausência de previsão legislativa de direitos às pessoas trans prejudica a plena realização de sua cidadania, além do fato de que, conforme declara Camila Gonçalves (2014, p. 246):

Acentua, também, a vulnerabilidade do transexual, na consideração de que a menos-valia resultante da omissão estatal não passa despercebida pela sociedade, acabando por fomentar a violência e a discriminação. A ausência da legislação, outrossim, estimula o preconceito e a intolerância, por revelar a incapacidade do sistema para gerir, respeitar e assimilar a diferença (GONÇALVES, 2014, p. 246)

Nesse sentido, inexistente uma legislação de identidade de gênero específica para se tratar devidamente os processos de adequação de gênero e da retificação do nome e sexo no Registro Civil, a fim de legalizar os anseios e as demandas das pessoas trans. Esse quadro é mais retrógrado quando comparado com as mais recentes Leis de Identidade de Gênero europeias e latino-americanas, referências legislativas na tutela das demandas das pessoas trans.

Sobre essa omissão legislativa do poder Legislativo brasileiro, Camila Gonçalves (2014) defende que “Essa omissão não é irrelevante e produz consequências sérias, contribuindo para a marginalização da pessoa transexual, na medida em que a mantém invisível perante as instituições de direito de seu País, tratada como se não existisse” (GONÇALVES, 2014, p. 246).

Embora inexista no Brasil qualquer legislação federal específica para as demandas relativas à identidade de gênero, há Projetos de Lei que versam sobre demandas de pessoas trans. A seguir, segue uma breve recapitulação dos Projetos de Lei mais expressivos que já versaram sobre o reconhecimento de direitos de identidade de gênero:

O primeiro Projeto de Lei (PL) a abordar a questão foi de nº 1909/1979²⁶, sobre a descriminalização da cirurgia de transgenitalização. O referido PL, de autoria do Deputado Federal José Coimbra, intentava a descriminalização da cirurgia transgenitalizadora pela inclusão de um parágrafo no artigo 129 do Código Penal Brasileiro, dispositivo legal que asseveraria que “não constitui fato punível a ablação de órgãos e partes do corpo humano, quando considerada necessária em parecer unânime de junta médica e precedida de consentimento expresso de paciente maior e capaz”. Entretanto, o referido PL foi vetado totalmente pelo então Presidente da República João Figueiredo, em 04 de junho de 1984.

Em seguida, acerca do mesmo assunto, o deputado federal Bocayuva Cunha apresentou o PL nº 5789/1985²⁷, que buscava ir para além da esfera penal. O referido projeto de lei propunha acrescentar um parágrafo no artigo 129 do Código Penal Brasileiro, descriminalizando a realização da cirurgia de transgenitalização, e, ainda, dar nova redação ao art. 59 da Lei de Registros Públicos, permitindo a cirurgia de transgenitalização em transexuais e a averbação do nome e do sexo da pessoa trans operada no Registro Civil. Contudo, apesar da evolução apresentada por esse projeto, o mesmo foi arquivado em 01 de fevereiro de 1987, representando assim mais uma recusa do Legislativo ao reconhecimento de direitos à população trans.

Em 22 de fevereiro de 1995, houve a apresentação de um dos projetos de lei mais debatidos na década de 90: o PL nº 70-B/1995²⁸, proposto pelo Deputado José Coimbra, que “dispõe sobre intervenções cirúrgicas que visem à alteração de sexo e dá outras providências”. Analogamente ao Projeto de Lei anterior, este PL busca em seus quatro artigos a descriminalização da operação de transgenitalização, de forma a garantir segurança para os médicos que a praticam mediante a alteração do artigo 129 do Código Penal.

Além disso, o referido PL ainda previa a alteração da redação do art. 59 da Lei de Registros Públicos, para que passasse a especificar a possibilidade de troca de prenome, com autorização judicial, em caso de readequação de gênero. Critica-se esse Projeto de Lei, pois, sua redação previa que, no caso da troca de prenome em razão da readequação de gênero, deveria ser averbada a informação “pessoa transexual” nos documentos de quem solicitasse a alteração, mudança que se mostra incoerente com os anseios de retificação do prenome da pessoa trans.

²⁶ Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=197570>. Acesso em: 05/01/2017.

²⁷ Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=228944>. Acesso em: 05/01/2017.

²⁸ Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=15009>. Acesso em: 05/01/2017.

Em 09 de setembro de 2005, em sentido contrário aos projetos de lei até então propostos acerca dos direitos à identidade de gênero, o Deputado Federal Elimar Máximo Damasceno submeteu um projeto de lei nº 5.872/2005²⁹ cuja disposição “proíbe a mudança de prenome em casos de transexualismo”. Composto de três artigos, o PL objetivava a alteração da Lei dos Registros Públicos de modo a acrescentar um segundo parágrafo ao artigo 58, proibindo a modificação do prenome nos casos de pessoas trans. Para o parlamentar, a referida proibição se justificaria em razão de o nome estar relacionado à memória da sociedade, não se extinguindo com a morte da pessoa, além de que, para este, as pessoas que desejam mudar seu prenome em razão da identidade de gênero “agem contra a sua individualidade mutilando os próprios caracteres sexuais”. Como se constata, o teor do referido PL é completamente transfóbico e cerceador de direitos das pessoas trans.

Em 11 de março de 2008, foi submetido o PL 2.976/2008³⁰, elaborado pela Deputada Federal Cida Diogo, com o propósito de acrescentar o art. 58-A na Lei de Registros Públicos e possibilitar às pessoas trans a utilização, ao lado do nome e prenome oficial, seu nome social. O projeto se justifica ao alegar a necessidade de assegurar direitos igualitários às pessoas trans brasileiras, sendo o direito ao nome social uma expressão do reconhecimento da identidade de gênero pelos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. O referido PL inspirou-se na Portaria nº 675 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a possibilidade de atendimento de pessoas trans pelo SUS por meio da identificação do nome social.

Em 10 de maio de 2011, o Deputado Federal João Paulo Lima submeteu o PL nº 1.281/2011³¹, acerca da mudança de prenome da pessoa transexual que realizar a cirurgia de transgenitalização. Composto de 3 artigos, o referido PL propunha a alteração da Lei de Registros Públicos, adicionando o artigo 58-A e permitindo a troca de prenome da pessoa transexual que realizar a cirurgia transgenitalizadora independentemente de decisão judicial. O autor do Projeto de Lei justifica seu projeto em razão de os projetos anteriores vincularem a retificação do prenome a uma decisão judicial prévia, fato que manteria as dificuldades atuais atinentes à retificação do registro público.

Finalmente, não se pode deixar de citar o Projeto de Lei que talvez tenha recebido a maior visibilidade dentre todos os que já versaram sobre o direito a identidade de gênero: o projeto de lei nº 5.002/2013, também conhecido como Projeto de Lei João Nery, da Deputada

²⁹ Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=299666>. Acesso em: 05/01/2017.

³⁰ Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=386164>. Acesso em: 05/01/2017.

³¹ Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=501425>. Acesso em: 05/01/2017.

Federal Erika Kokay e do Deputado Federal Jean Wylis, que dispõe sobre “o direito à identidade de gênero e altera o art. 58 da Lei nº 6.015 de 41 de dezembro de 1973”. Esse projeto de lei tem importância especial para o estudo realizado na presente pesquisa, por ser um projeto de Lei de Identidade de Gênero inspirado na bem-sucedida Lei de Identidade de Gênero argentina, que, além de reconhecer os vários direitos concernentes à identidade de gênero, aplica um modelo de despatologização das vivências trans. Por isso, a análise mais detida do Projeto de Lei João Nery e de suas disposições legais será discorrida na terceira parte desta pesquisa, em que se discutirá a aplicação de um modelo legal de despatologização das vivências de identidade de gênero.

Contudo, apesar dos avanços verificados na proposição de Projetos de Lei que versam sobre os direitos das pessoas trans, ainda existe um longo caminho a ser percorrido em nosso país em relação à produção de legislações específicas sobre identidade de gênero. Nenhum dos projetos de lei citados foi aprovado e, no caso do PL Lei João Nery, sequer tem previsão de ser votado. Assim, além da necessidade de desenvolver instrumentos legislativos que respondam efetivamente às demandas e necessidade do segmento trans, é preciso, em primeiro lugar, superar a falta de interesse dos legisladores em aprovar uma lei que consubstancie os direitos desse grupo vulnerabilizado, viabilizando assim o reconhecimento da promoção da cidadania trans pela legislação nacional.

1.3.2. Tutela das demandas das pessoas trans no âmbito do Poder Judiciário

Dessa forma, é igualmente importante analisar a tutela das demandas das pessoas trans no âmbito do Poder Judiciário, uma vez que, em razão de nosso ordenamento legislativo continuar sendo omissivo sobre respeito aos direitos das pessoas trans, a jurisprudência nacional tem encontrado sua maneira de suprir essa lacuna nos casos concretos frente à ausência de dispositivos normativos. Verifica-se que, no Brasil, o Poder Judiciário tem atuado na maioria das vezes como um verdadeiro “legislador positivo” acerca dos direitos atinentes à identidade de gênero. Isso não olvida a importância da elaboração de uma legislação mais ampla que possa nortear a atividade do Judiciário e dos demais operadores do direito. O provimento legislativo em atendimento aos direitos das pessoas trans evitaria que os Tribunais e os membros do Ministério Público, por desinformação quanto aos aspectos atinentes a essa questão, deixem de agir da forma mais apropriada e efetiva na tutela das demandas desse segmento da população.

Ao analisar como as demandas trans são tuteladas pelo Judiciário brasileiro, confirma-se que os Tribunais têm reconhecido a identidade sexual como um bem jurídico a ser protegido, por entendê-la como parte dos direitos da personalidade. No que concerne à temática da jurisprudência sobre demandas de pessoas trans, a maioria das decisões constantes nos Tribunais Superiores abordam a retificação do Registro Civil da pessoa transexual³². Nessa perspectiva, pontuar-se-á o reconhecimento da cidadania trans e do direito à identidade sexual a partir da análise da evolução jurisprudencial do tema, para certificar assim a mudança de pensamento procedida no Judiciário brasileiro acerca da identidade de gênero.

Notadamente, confere-se que o primeiro posicionamento do Supremo Tribunal Federal (STF) sobre a questão transexual se deu no ano de 1981, em decisão³³ que negou prosseguimento ao recurso interposto contra o Tribunal de Justiça de São Paulo, e acatou a decisão exarada no juízo a quo. Ao analisar o conteúdo da decisão acima, constata-se que os magistrados consideravam o sexo biológico como o único fator determinante do sexo da pessoa, ignorando ser o sexo uma construção plurivetorial de diversos fatores, como já explanado previamente. Para eles, o verdadeiro sexo seria aquele com o qual a pessoa nasceu e foi registrada, adotando-se a tese do determinismo biológico.

³² Outra temática discutida com muita frequência no âmbito do Poder Judiciário brasileiro, foi o direito à saúde devido às pessoas trans. O Judiciário brasileiro teve um papel importante na tutela de demandas que versavam sobre o direito à saúde das pessoas trans, tais como a legalidade da realização da cirurgia transgenitalizadora e o dever do Sistema Único de Saúde (SUS) custear cirurgias e tratamentos relativos à readequação de gênero. Foi somente com essa evolução jurisprudencial que se desenvolveu um corpus normativo no âmbito do Poder Executivo que disciplinasse devidamente os direitos à saúde das pessoas trans. Entretanto, por questões metodológicas, optou-se discutir o papel do Judiciário brasileiro na tutela de demandas de direito à saúde das pessoas trans ao longo da terceira parte da pesquisa.

³³ PEDIDO DE RETIFICAÇÃO DE ASSENTO DE NASCIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE SEXO E NOME, EM DECORRÊNCIA DE OPERAÇÃO PLÁSTICA. IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DO PEDIDO. INOCORRÊNCIA DE OFENSA AO PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA LEGALIDADE. RE INDEFERIDO POR DUPLO FUNDAMENTO. AGRG IMPROVIDO. (...) Efetivamente, consta dos exames médicos a que o autor foi submetido, certamente com o intuito de justificar a mutilação por ele experimentada, através de ato cirúrgico, que se cuida de pessoa de sexo masculino que não trazia, sequer, as marcas do pseudohermafroditismo. O laudo de fls. 37/39 acentua que o examinado era um indivíduo androginóide masculino, homossexual, de comportamentos, hábitos, pulso sexual, caráter e sensibilidade fortemente femininas (...) é manifesto que o ato cirúrgico de ablação do pênis, escroto e testículos não o transformou em pessoa do sexo feminino, tanto quanto não o faria com alguém que tivesse atingido o mesmo resultado através de simples traumatismo (acidente). Seu genótipo continua sendo masculino, nada significando o seu aspecto externo, conseguido, artificialmente, mediante a implantação de órgão externo aparentemente feminino. Por conseguinte, nenhum é o seu direito subjetivo capaz de alcançar tutela jurisdicional pretendida, mesmo porque a definição do sexo não é ato de opção, mas de simples determinismo biológico, que se estabelece nos primeiros tempos da gestação. Pelo mesmo motivo, sendo o autor incontrovertidamente do sexo masculino, embora emasculado, incabível se afigura a alteração de seu prenome para passar a identificar-se, nos atos da vida civil, por seu pseudônimo, ou designação artística, de caráter nitidamente feminino e restrito". (STF, AI 82517 AGR / SP, Ag. Reg. no Agravo de Instrumento, Relator(a): Min. Cordeiro Guerra, publicação: DJ data-05-06-81, pg-05397, ementa vol-01215-01, pg-00297, RTJ vol-00098-01, pg-00193, julgamento: 28/04/1981 - Segunda Turma, Por Unanimidade)

Registre-se que tal decisão foi proferida em 1981, antes do advento da Constituição Federal de 1988 e do Código Civil de 2002, que alterou todo o arcabouço legal o qual sustentou a referida decisão da Suprema Corte brasileira. Cumpre ressaltar que nenhum dos membros da Segunda Turma continua no STF atualmente, pois se renovou todo o corpo jurídico do referido Tribunal. Nesse caso, o entendimento da Corte não continua o mesmo, em virtude de ter havido uma evolução quanto ao reconhecimento dos direitos fundamentais e dos direitos à personalidade da pessoa transexual.

Mesmo assim, ainda existem decisões jurisprudências que seguem a linha retrógrada dessa decisão do STF, tais como a decisão³⁴ do Tribunal de Justiça de Minas Gerais que, fundamentada no padrão da heteronormatividade dos papéis sociais que o homem e a mulher devem exercer, bem como na tese do determinismo biológico, indeferiu o pedido de autorização judicial para realização da cirurgia de transgenitalização. Essa decisão em especial merece destaque para demonstrar como ela nega o fato já pacificado de que a pessoa transexual não necessita de autorização judicial para a realização da cirurgia de transgenitalização, pois se trata de autorização de competência da equipe multidisciplinar a qual o avalia.

Entretanto, o Poder Judiciário não permaneceu alheio às demandas das pessoas trans e a visão preconceituosa e discriminatória de alguns julgadores acerca da questão transexual se tornou posição minoritária na jurisprudência brasileira, emergindo majoritariamente a jurisprudência que reconhece às pessoas transexuais – em sua maioria, as pessoas transexuais que realizaram a cirurgia transgenitalizadora - o direito à completa readequação de gênero mediante a retificação do nome e sexo no Registro Civil.

As decisões favoráveis que se seguiram no Poder Judiciário brasileiro passaram a sustentar o reconhecimento do direito das pessoas transexuais à retificação do Registro Civil em três correntes jurisprudenciais: a primeira, fundamentada na dignidade da pessoa humana

³⁴ “CIVIL. ESTADO INDIVIDUAL. IMUTABILIDADE. CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO. AUTORIZAÇÃO JUDICIAL. PEDIDO. IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA. O art. 13, "caput", do Código Civil (Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002) veda o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física ou contrariar os bons costumes, SALVO POR EXIGÊNCIA MÉDICA. A exigência médica a que se refere o dispositivo do Código Civil deve ser entendida como a necessidade imperiosa de transformação ou de remoção de órgão do corpo, cientificamente provada, em decorrência de patologia grave e curável, exclusivamente, por meio daqueles procedimentos interventivos extremos. O sexo, como estado individual da pessoa, é informado pelo gênero biológico. O sexo, do qual derivam direitos e obrigações, procede do Direito e não pode variar de sua origem natural sem legislação própria que a acautele e discipline. Nega-se provimento ao recurso”. (TJ/MG. Proc. nº 1.0672.04.150614-4/001(1) – Apelação cível. Des. Relator Almeida Melo. Quarta Câmara Cível. Data do Julgamento: 12/05/05).

e na proteção da personalidade humana³⁵; a segunda, fundamentada no direito à saúde³⁶; e, a terceira, fundamentada na possibilidade de retificação do Registro Civil, com base no art. 55, parágrafo único, art. 56 e art. 58 da Lei de Registros públicos³⁷.

Além disso, o Supremo Tribunal Federal vem reconhecendo a repercussão geral de demandas trans submetidas ao seu pleito, tendo o reconhecimento procedido em dois casos paradigmáticos: em primeiro lugar, em relação à possibilidade de alteração do Registro Civil da pessoa transexual antes da cirurgia de transgenitalização e, em segundo lugar, em relação ao acesso de pessoas transexuais e travestis aos banheiros públicos de acordo com a sua identidade de gênero.

Dessa forma, reconheceu-se, em 20 de agosto de 2014, a repercussão geral no Recurso Extraordinário 670.422, no qual se discute se uma pessoa pretensa à cirurgia de

³⁵ DIREITO CIVIL. CIRURGIA PARA ALTERAÇÃO DO SEXO. PERÍCIA MÉDICA. DESNECESSIDADE. ALTERAÇÃO DO ASSENTAMENTO DE NASCIMENTO NO REGISTRO CIVIL. SITUAÇÃO VEXATÓRIA. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. 1 – NÃO HÁ NECESSIDADE DE PERÍCIA MÉDICA SE A PARTE JUNTOU LAUDOS MÉDICOS QUE ATESTAM A REALIZAÇÃO DA CIRURIGIA QUE ALTEROU O SEXO DOS AUTOS DE MASCULINO PARA FEMININO. II - É DE SER DEFERIDO PEDIDO DE ALTERAÇÃO DE PRENOME E SEXO EM ASSENTO DE NASCIMENTO DE TRANSEXUAL PRIMÁRIO QUE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA MUDANÇA DE SEXO, POSTO QUE EM FACE DE SUA CONDIÇÃO ATUAL A NÃO MODIFICAÇÃO O EXPÕE A VÁRIOS CONSTRANGIMENTOS DEVENDO SEREM OBSERVADAS AS GARANTIAS FUNDAMENTAIS CONTEMPLADAS PELA CARTA MAGNA, DENTRE ELAS A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. EX VI DO ART. 1º INCISO II ART. 3º INCISO IV E ART. 5º INCISO X”. (TJ/GO. Apelação Cível nº 73470-7/188. 1ª Câmara Cível. Relator: Des. Ney Telles de Paula. Data de Julgamento: 17.08.04).

³⁶ ALTERAÇÃO DE REGISTRO CIVIL. TRANSEXUAL. CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO REALIZADA. FINALIDADE TERAPÊUTICA. DEVER CONSTITUCIONAL DO ESTADO DE PROMOVER A SAÚDE DE TODOS. IMPROVIMENTO DO APELO. UNÂNIME -Pedido para retificar o registro civil, em face da realização de cirurgia de transgenitalização. Proteção à saúde como dever do Estado. Defesa da Cidadania, afastando situação vexatória. Aplicação das normas constitucionais referentes aos direitos e garantias individuais e de proteção à saúde. Licitude da retificação do registro civil do autor nos termos da sentença apelada. Necessidade da publicação de editais noticiando a retificação do prenome do autor, para salvaguarda de possíveis direitos de terceiros. Improvimento de apelo. Decisão unânime”. (TJ/PE. Apelação Cível nº 85199-6. 5ª Câmara Cível. Relator: Des. Márcio de Albuquerque Xavier. Data de Julgamento: 26.02.03).

³⁷ REGISTRO PÚBLICO. MUDANÇA DE SEXO. EXAME DE MATÉRIA CONSTITUCIONAL. IMPOSSIBILIDADE DE EXAME NA VIA DO RECURSO ESPECIAL. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SUMULA N. 211/STJ. REGISTRO CIVIL. ALTERAÇÃO DO PRENOME E DO SEXO. DECISÃO JUDICIAL. AVERBAÇÃO. LIVRO CARTORÁRIO. 1. Refoge da competência outorgada ao Superior Tribunal de Justiça apreciar, em sede de recurso especial, a interpretação de normas e princípios de natureza constitucional. 2. Aplica-se o óbice previsto na Súmula n. 211/STJ quando a questão suscitada no recurso especial, não obstante a oposição de embargos declaratórios, não foi apreciada pela Corte a quo. 3. O acesso à via excepcional, nos casos em que o Tribunal a quo, a despeito da oposição de embargos de declaração, não regulariza a omissão apontada, depende da veiculação, nas razões do recurso especial, de ofensa ao art. 535 do CPC. 4. A interpretação conjugada dos arts. 55 e 58 da Lei n. 6.015/73 confere amparo legal para que transexual operado obtenha autorização judicial para a alteração de seu prenome, substituindo-o por apelido público e notório pelo qual é conhecido no meio em que vive. 5. Não entender juridicamente possível o pedido formulado na exordial significa postergar o exercício do direito à identidade pessoal e subtrair do indivíduo a prerrogativa de adequar o registro do sexo à sua nova condição física, impedindo, assim, a sua integração na sociedade. 6. No livro cartorário, deve ficar averbado, à margem do registro de prenome e de sexo, que as modificações procedidas decorreram de decisão judicial. 7. Recurso especial conhecido em parte e provido”. (STJ, REsp 737.993/MG, Rel. Min. João Otávio de Noronha, j. 10/11/2009).

transgenitalização pode, antes da realização cirurgia de transgenitalização, mudar de prenome e de sexo no Registro Civil. O relator do referido processo é o Ministro Dias Toffoli e votaram pela repercussão, além deste relator, os ministros Levandowski, Barroso, Rosa da Rosa, Celso de Mello e Carmen Lúcia, tendo apenas o ministro Teori Zavascki votado pela não existência da repercussão e de questão constitucional a ser discutida.

Ingresso no STF em 2012, por meio do RE 670.422, o recurso foi interposto contra decisão que só permitiu a alteração do Registro Civil depois da cirurgia de mudança de sexo. O recorrente, que encontra óbice na realização da cirurgia de neofaloplastia, alegou, perante o Supremo, violação dos artigos 1º, inciso V, 3º, 5º, inciso X e 6º da Constituição Federal, referente aos direitos de personalidade, da dignidade humana, da intimidade e da saúde. Em manifestação³⁸, o relator supracitado reconheceu de maneira inédita a repercussão geral da presente demanda transexual perante a Corte Suprema.

Na esteira dessa decisão, a repercussão geral das demandas trans avançou ainda mais perante a Corte Suprema do Judiciário brasileiro, considerando que o Ministro Luís Roberto Barroso pronunciou-se em 2015 pela repercussão geral atribuída ao tema do “tratamento social compatível com a identidade sexual” assumida pelo indivíduo, no âmbito do Recurso Extraordinário nº 845.779. Trata-se de recurso com origem em ação de reparação de danos ajuizada por uma pessoa transexual impedida de utilizar o banheiro feminino de um *shopping center*, em razão de ter sexo biológico atribuído como masculino, embora se identifique socialmente com o gênero feminino, ou seja, como mulher.

³⁸ “DIREITO CONSTITUCIONAL E CIVIL. REGISTROS PÚBLICOS. REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS. ALTERAÇÃO DO ASSENTO DE NASCIMENTO. RETIFICAÇÃO DO NOME E DO GÊNERO SEXUAL. UTILIZAÇÃO DO TERMO TRANSEXUAL NO REGISTRO CIVIL. O CONTEÚDO JURÍDICO DO DIREITO À AUTODETERMINAÇÃO SEXUAL. DISCUSSÃO ACERCA DOS PRINCÍPIOS DA PERSONALIDADE, DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA, INTIMIDADE, SAÚDE, ENTRE OUTROS, E A SUA CONVIVÊNCIA COM PRINCÍPIOS DA PUBLICIDADE E DA VERACIDADE DOS REGISTROS PÚBLICOS. PRESENÇA DE REPERCUSSÃO GERAL. (...) APELAÇÃO CÍVEL. REGISTRO CIVIL. ALTERAÇÃO DO ASSENTO DE NASCIMENTO. TROCA DE NOME E SEXO. À equação do presente pertinente a averbação no assento de nascimento do (a) recorrente sua condição de transexual. Aplicação dos princípios da publicidade e da veracidade dos registros públicos, pois estes devem corresponder à realidade fenomênica do mundo, sobretudo para resguardo de direitos e interesses de terceiros. POR MAIORIA, DERAM PROVIMENTO EM PARTE, VENCIDO O RELATOR. Opostos embargos de declaração, não foram acolhidos. **No apelo extremo, a parte recorrente sustenta violação aos artigos 1º, inciso IV, 3º, 5º, inciso X e 6º, caput, da Constituição Federal.** Salienta existir a repercussão geral da matéria versada no feito, dada a importante discussão que nele se trava, concernente à necessidade de realização de cirurgia de modificação do fenótipo feminino para o masculino, como condição para a alteração do assentamento do sexo no registro civil. Afirma que a deliberação desta Corte repercutirá não apenas na esfera jurídica do recorrente, mas de todos os transexuais que buscam adequar sua identidade de sexo à sua identidade de gênero, mesmo sem a realização de todos os procedimentos cirúrgicos de redesignação, aduzindo que o que se busca é um precedente histórico de enorme significado e repercussão, não só jurídica, mas também de inegável repercussão social. **Como lembra o parecer ministerial, embora tenha sido julgado procedente em parte a ação para a alteração do nome da parte autora o juiz de primeiro grau entendeu ser essencial a realização de cirurgia de redesignação sexual para o deferimento da alteração do assentamento civil relativo ao sexo (...)**” (grifos nossos).

Nesse caso, a Corte Suprema brasileira reconheceu que a travestilidade e a transexualidade são questões que apresentam relevância sob o viés jurídico, quanto sob o social, ao levantar a discussão sobre a possibilidade de indenização por danos morais pleiteada por uma mulher transexual que teria sido constrangida ao tentar entrar em um banheiro feminino em um *shopping center* de Florianópolis – SC. Foi vedada à parte recorrente o acesso ao sanitário feminino do referido centro comercial, tendo sofrido ofensas verbais ao questionar a proibição e, infelizmente, na ausência de outros estabelecimentos em que pudesse aliviar suas necessidades fisiológicas, acabado por defecar em suas próprias vestes.

Desse modo, os casos de repercussão geral, aqui discorridos, podem ser indicados como discussões emblemáticas sobre demandas das pessoas trans, representando futuros precedentes notórios acerca do reconhecimento da cidadania das pessoas trans no âmbito do STF. Demonstra-se, assim, a repercussão geral para além do caso concreto das questões envolvendo a cidadania das pessoas travestis e transexuais, assim como da necessidade de se reconhecer o direito à identidade sexual dessas pessoas.

Verifica-se, portanto, a partir dessa breve análise jurisprudencial, o fortalecimento do trato das vivências trans sob o enfoque da identidade e dos direitos humanos, que se revela na demanda de alteração do gênero no Registro Civil e em outros temas, como acesso aos banheiros e licitude da cirurgia e limites do direito ao corpo. Ratifica-se, então, a ampliação do debate sobre a identidade do gênero, inserindo-o na temática dos direitos sob a perspectiva da igualdade de direitos, não obstante o reconhecimento da diferença.

1.3.3. Tutela das demandas das pessoas trans no âmbito do Poder Executivo

Por fim, no que tange à tutela das demandas das pessoas trans no âmbito do Poder Executivo da União, constatam-se alguns avanços empreendidos nos últimos anos, principalmente quanto à institucionalização do uso do nome social pelos órgãos públicos e pelos entes federativos e as políticas nacionais de atenção à saúde das pessoas trans. Embora representem grandes avanços para a qualidade de vida das pessoas trans, essas conquistas ainda são insuficientes para assegurar plenamente os direitos dessa parcela da população, sendo necessário um provimento mais abrangente e mais completo acerca de suas necessidades.

Com relação ao tratamento nominal, no âmbito federal, instituições públicas vêm tentando contornar a ausência de previsão legal e a dificuldade de alteração do nome pela via

judicial mediante regulamentos que autorizam pessoas transexuais e travestis a serem tratadas pelo nome social. Com isso, a Portaria nº 233 de 2010 do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão assegurou aos servidores públicos da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional o uso do nome social adotado por pessoas travestis e transexuais, nas situações de cadastros, comunicações internas, correio eletrônico, crachá, lista de ramal do órgão e nome de usuário em sistema de informática. No mesmo sentido, tanto o Ministério Público Federal, com o Enunciado nº 002/2015 da Comissão Permanente de Defesa dos Direitos Humanos, quanto as Universidades Federais³⁹ vêm reconhecendo o uso do nome social por pessoas trans.

O tratamento social de acordo com o gênero individual de pessoas transexuais e travestis foi igualmente regulamentado no âmbito penitenciário e educacional, considerando a Resolução Conjunta nº 1⁴⁰ de 2014, medida expedida pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – CNPCP e pelo Conselho Nacional de Combate à Discriminação – CNCD/LGBT, e a garantia da inscrição e utilização do nome social no Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) reconhecida a partir do ano de 2014, medida que quase triplicou o número de pessoas trans inscritas nesse exame.

Na esfera estadual do Poder Executivo, no âmbito do Estado do Pará, o Governo desse Estado reconhece o tratamento social de acordo com o gênero individual das pessoas trans, tendo implementado por meio do Decreto nº 726 de 2013 a utilização de Carteira de Nome Social (Registro de Identificação Social) para travestis e transexuais, válido para tratamento nominal nos Órgãos e Entidades do Poder Executivo do Estado do Pará. Na esfera executiva local, entretanto, o cenário é bem menos favorável⁴¹, se levar em conta que, de acordo com Pesquisa de Informações Básicas Municipais realizada pelo IBGE, referente ao ano de 2014,

³⁹ A Universidade Federal Do Pará – UFPA, por meio da Resolução nº 731 de 2014, assegura a inclusão do nome social nos registros acadêmicos e funcionais dos discentes e servidores, cujo nome de registro civil não reflete a sua identidade de gênero. Disponível em: http://www.ufpa.br/sege/boletim_interno/downloads/resolucoes/consun/2014/731%20Aprova%20Inclus%C3%A3o%20Nome%20Social.pdf.

⁴⁰ A referida normativa apresenta previsões mais amplas que somente a utilização de nome social, garantindo alas especiais para pessoas LGBT de adesão espontânea (art. 1º), o direito de ser chamado pelo seu nome social, de acordo com o seu gênero e sua inclusão no registro de admissão no estabelecimento prisional (art. 2º); a faculdade do uso de roupas femininas ou masculinas, conforme o gênero, e a manutenção de cabelos compridos, se o tiver, à pessoa travesti ou transexual em privação de liberdade (art. 5º); o direito à visita íntima para a população LGBT (art. 6º); e a atenção integral à saúde – inclusive a manutenção de seu tratamento hormonal e o acompanhamento de saúde específico (art. 7º).

⁴¹ Felizmente, cabe elogiar que, no âmbito municipal, Belém do Pará é uma das poucas capitais do Brasil onde as medidas instauradas foram para além de atos executivos para garantia do uso do nome social para pessoas transexuais e travestis, pela Lei Municipal nº 9.199, datada de 28 de janeiro de 2016, e, a partir de então, Belém tornou-se o primeiro município do Pará a garantir esse direito à população trans.

apenas 0,5% dos municípios brasileiros apresentavam qualquer tipo de política voltada para o reconhecimento do nome social adotado por transexuais e travestis.

Em acréscimo, as normativas e a resolução que garantem a utilização do nome social restringem o uso deste ao âmbito interno da instituição, mantendo o uso do nome civil nos documentos oficiais, como históricos, certificados, diplomas e versos dos crachás, limitando assim o alcance e efetividade da medida inclusiva.

Outro ponto passível de crítica à atuação do Poder Executivo brasileiro na promoção da cidadania das pessoas trans consiste no fato de as normativas executivas estarem sujeitas à possibilidade de alteração unilateral por parte do próprio Poder Executivo e das pessoas que se encontram em cargos dirigentes e políticos. À guisa de exemplo, no sentido da “fragilidade” dos provimentos exarados pelas normativas executivas, há o caso da Prefeitura do Rio de Janeiro, que suspendeu a resolução da Secretaria Municipal de Saúde que previa a permanência de transexuais e de travestis nas alas hospitalares correspondentes à sua identidade de gênero, medida suspensa em razão de pressão exercida por setores religiosos contrários à sua implementação

Ainda, em relação à Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e o Protocolo Transexualizador, políticas públicas de saúde implementadas pelo Ministério da Saúde (MS), na figura do Sistema Único de Saúde (SUS), representam o provimento mais célebre do Poder Executivo brasileiro. As referidas políticas consistem não somente num corpo complexo de normativas executivas acerca da atenção integral à saúde das pessoas trans, mas também são um modelo de saúde formulado com o objetivo de promover a atenção integral à saúde dessas pessoas.

De forma a viabilizar a compreensão mais detalhada desse modelo de saúde e desse *corpus* normativo aplicado às políticas de saúde, será realizado, posteriormente, na terceira parte da pesquisa, um estudo minucioso da efetivação das políticas públicas voltadas para a saúde integral da população brasileira trans no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), analisando a forma como são reconhecidos direitos à saúde para as pessoas trans e como é formulado o Protocolo Transexualizador, com base nas resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e nas portarias do Ministério da Saúde (MS) pertinentes ao tema.

Sendo assim, em virtude de a compreensão dos impactos da despatologização das vivências trans no reconhecimento de direitos à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) constituir o escopo desta dissertação e, ainda, por se considerar as discussões traçadas ao longo dessa primeira parte da pesquisa, conclui-se que é essencial entender gênero para além de uma categoria analítica, compreendendo-o principalmente como uma categoria

política. As pessoas trans, por desafiarem uma matriz heterossexual e se oporem à lógica da heterossexualidade compulsória, acabam por se manter avessas à inteligibilidade social. Isso faz com que parte das pessoas trans se deparem com uma força corretiva, impondo-lhes uma conformação à matriz heterossexual. Para aquelas pessoas trans que a força normatizada não pode corrigir e conferir inteligibilidade de gênero, restam a abjeção, a marginalização, a invisibilização.

Em face dessa situação, a domínio do Direito também formulou categorias analíticas com o intuito de tutelar essas pessoas que desafiam a matriz heterossexual e que são inseridas numa dinâmica de desigualdade de gênero e de violações de Direitos Humanos básicos. O Direito Internacional dos Direitos Humanos foi uma das vias principais para dar visibilidade à importância da incorporação das demandas das pessoas trans no debate internacional, tendo o Sistema Global de Direitos Humanos e o Sistema Interamericano de Direitos Humanos um papel essencial na tutela desses direitos e na formulação de *standards* para reconhecimento dos direitos relativos à identidade de gênero. Dentre os vários dispositivos legais trazidos à baila, os Princípios de Yogyakarta se apresentam como o documento internacional mais relevante e mais completo, sendo um importante instrumento de referência para o reconhecimento de direitos às pessoas trans no âmbito nacional e internacional.

Por fim, no contexto nacional, essa tutela das demandas trans é avaliada a partir de três dimensões: o Poder Legislativo, o Poder Judiciário e o Poder Executivo. Quanto ao primeiro, verifica-se uma situação de completa omissão sobre as demandas das pessoas trans, sem haver qualquer legislação acerca dos direitos relativos à identidade de gênero e restando pendente até hoje a aprovação de uma Lei de Identidade de Gênero brasileira.

A fim de suprir a lacuna legislativa, o Poder Judiciário tem cada vez mais assumido a frente na tutela dos direitos das pessoas trans, ao versar sobre questões como direito à realização da cirurgia transgenitalizadora, direito ao custeio de serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde e direito à devida retificação dos registros públicos. A Suprema Corte brasileira ainda reconheceu a repercussão geral de dois casos emblemáticos, versando, respectivamente, sobre o direito à retificação dos registros públicos sem a necessidade de realização prévia de cirurgia de transgenitalização e sobre a utilização de banheiros de acordo como a identidade de gênero.

O Poder Executivo, por sua vez, tem reconhecido determinados direitos às pessoas trans, ao instituir importantes políticas públicas para atender as demandas desse segmento, como o nome social e o Protocolo Transexualizador. Entretanto, as normativas que disciplinam essas políticas são frágeis e facilmente revogáveis, já tendo sido registrados casos em nosso país de

retrocessão do reconhecimento desses direitos. Essa situação acaba por voltar à questão problemática inicialmente discutida ao analisar a tutela das demandas trans pelo Poder Legislativo, pois somente com uma legislação própria, tal como uma Lei de Identidade de Gênero, é que se assegurarão de forma duradoura esses avanços em torno dos direitos relativos à identidade de gênero.

2. HISTORIOGRAFIA DA PATOLOGIZAÇÃO DAS VIVÊNCIAS TRANS: A EMERGÊNCIA DO DISPOSITIVO DA TRANSEXUALIDADE

Como exposto no primeiro capítulo, em razão da lacuna legislativa sobre o tema, a transexualidade, no Brasil, ainda tem como parâmetro de abordagem e referência as decisões do Poder Judiciário e as normativas do Conselho Federal de Medicina e do Ministério da Saúde. Esses dispositivos normativos reproduziram e consolidaram em nosso país a figura do “transexual verdadeiro” – único indivíduo que poderá usufruir dos serviços de atenção integral à saúde no “processo transexualizador”, que para alcançar, ao final, as transformações corporais desejadas e viabilizar o acesso aos demais direitos, tais como a mudança do nome e do sexo no registro civil, deve se enquadrar a essa categoria diagnóstica específica e construída com base numa noção generalizante de pessoa transexual.

Desse modo, ao criticar essa situação da existência de um “transexual verdadeiro” e da exclusão social das diversas identidades trans, a socióloga Berenice Bento (2006, p. 132) argui que a investigação acerca da origem e do processo de construção do entendimento dominante sobre a transexualidade na Medicina, na Bioética e no Direito é uma necessidade urgente. Segundo a autora, “a experiência transexual é um dos desdobramentos do dispositivo da sexualidade, sendo possível observá-la como acontecimento histórico” (BENTO, 2006, p. 132), marcando assim a necessidade de compreender o processo regulador da sexualidade que dá origem à transexualidade. Nesse sentido, com o objetivo de realizar reflexão crítica acerca da construção do entendimento dominante sobre a transexualidade, o presente estudo recorrerá a algumas bases conceituais introduzidas por Foucault: dispositivo, biopolítica e biopoder.

Sendo assim, neste capítulo, intitulado **“Historiografia da patologização das vivências trans: a emergência do dispositivo da transexualidade”**, será examinado o processo histórico mediante o qual o dispositivo da transexualidade foi construído e que consolidou a figura do “transexual verdadeiro”, perfazendo-se a cronologia do “fenômeno transexual” nas produções médico-científicas sobre esse tema e nas normativas internacionais de saúde, analisadas a partir de categorias analíticas introduzidas por Foucault.

Para isso, primeiramente, em se partindo do princípio de que o dispositivo da transexualidade é um fenômeno histórico, caberá perfazer a cronologia do “fenômeno transexual”, mediante a historiografia do pensamento médico-científico em torno da transexualidade, com base no estudo realizado pelo psicanalista francês Pierre-Henri Castel

(2001) em seu célebre artigo “Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do fenômeno transexual (1910-1995)”.

De forma a completar a análise da cronologia do “fenômeno transexual”, também será feita a historiografia da evolução dos manuais diagnósticos internacionais, em especial o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), para compreender a forma como esses documentos ao longo das décadas criaram categorias diagnósticas em torno das vivências trans.

Por fim, discutir-se-á a forma com que esse dispositivo da transexualidade se perpetua nos domínios do Direito, da Medicina e da Bioética, recorrendo-se às noções foucaultianas de biopoder e de biopolítica. A utilização dessas noções supracitadas se faz necessária considerando que, ao estudar políticas públicas de saúde e as normas legais que as fundamentam, desvelam-se conflitos que emergem das relações entre Saúde Pública e Direito e que afetam a autonomia individual dos sujeitos e sua saúde, estando isso relacionado diretamente aos efeitos da biopolítica e do biopoder, conforme defende Miriam Ventura (2010, p. 29).

2.1. Historiografia da patologização das vivências trans: a emergência do dispositivo da transexualidade no discurso médico-científico

Refletir criticamente acerca da construção do entendimento excludente da transexualidade que é reproduzido tanto no Direito quanto na Bioética, implica na análise das mais diversas formações históricas que possibilitaram a emergência e consolidação do dispositivo da transexualidade. É preciso focar suas atualizações, seus devires, suas novas configurações, tomando como pressuposto a ideia de que no âmbito do próprio dispositivo as linhas de força (poder) estão em constantes disputas produzindo regimes discursivos e práticos. Sendo assim, analisar-se-á, nesta segunda parte da dissertação, o conjunto de enunciados e práticas envolvidos na emergência do dispositivo da transexualidade: o discurso médico-científico produzido acerca da transexualidade e as categorias nosográficas médicas e psiquiátricas referentes às vivências trans consolidadas em manuais diagnósticos internacionais.

Ressalte-se que esse estudo será complementado na terceira parte do presente trabalho, quando da contextualização do cenário brasileiro, a partir da análise das normativas federais que regulamentam políticas públicas de saúde para a população trans e das práticas

discursivas e dinâmicas de exclusão enfrentadas pelas pessoas trans na rotina de utilização do Protocolo Transexualizador.

De modo a entender a construção do dispositivo da transexualidade, convém considerar que esta “deve ser compreendida em um contexto de medicalização do corpo individual e social durante os séculos XVIII e XIX” (LIMA, 2011, p. 119), ou seja, deve ser compreendida a partir de uma “dialética sutil” entre os diversos saberes (Medicina, Ciências Psi⁴²) com seus discursos médicos-científicos e as reivindicações de indivíduos e grupos de transexuais. Segundo Fátima Lima (2014b, p. 70), a transexualidade passou gradativamente para o domínio das relações entre saberes e poder, tornando-se uma das preocupações centrais no campo da Medicina.

Esse processo denominado de medicalização, ou ainda, apropriação médica, foi central nos discursos e nas práticas sobre os comportamentos designados como perversos. Medicalizar o inoportuno passou a ser uma das preocupações do século XIX, reforçada, em diferentes aspectos durante todo o século XX, principalmente no âmbito da Medicina, da Psiquiatria e no esteio das construções das perversões. Considerando isso, analisar-se-á o conjunto de enunciados, proposições, discursos e instituições, dentre outros elementos, com potencial normativo envolvido tanto nos processos de controle quanto nos processos de negociação da transexualidade, que acabam por uniformizar e reduzir a rica experiência das transexualidades a um caráter patológico generalizante e universalizante.

Para isso, adotar-se-á como referência a cronologia do “fenômeno transexual”, estudo realizado pelo psicanalista francês Pierre-Henri Castel (2001) em seu célebre artigo “Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do fenômeno transexual (1910-1995)”. Em síntese,

⁴² O termo “ciências psi” (ou ainda, disciplinas psi, áreas psi) aqui utilizado corresponde ao conjunto dos três campos de saberes que nos apresentam modelos para pensar o comportamento humano em estreita articulação com os fenômenos psíquicos: a Psicologia, a Psicanálise e a Psiquiatria. De acordo com Elizabeth Roudinesco e Michel Plon (1998, p. 641), a Psicologia designa atualmente o estudo do comportamento dos homens e animais ou, numa perspectiva diferente, o estudo das sensações, percepções, emoções, pensamentos e ações do homem. Durante muitos séculos, a Psicologia foi estudada por filósofos como um ramo da filosofia dedicado ao estudo da alma, só vindo a tornar-se autônoma como ciência no século XIX, ora ligada à biologia, ora à fisiologia, ora à medicina (psiquiatria, neurologia), ora, ainda, às chamadas ciências sociais. A Psiquiatria, por sua vez, é o ramo da medicina que se dedica à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de distúrbios psíquicos, embora a psicologia clínica também se ocupe desse tipo de distúrbios. O termo Psiquiatria surgiu em 1802 e se generalizou no início do século XIX, em substituição à antiga medicina alienista. Segundo Elizabeth Roudinesco e Michel Plon (1998, p. 641), “Como ramo da medicina, a psiquiatria tornou-se, no correr dos anos e em todos os países do mundo nos quais foi implantada, em lugar da demonologia, da feitiçaria e das diversas técnicas xamanísticas, uma disciplina específica que tem por objeto o estudo, o diagnóstico e o tratamento do conjunto das doenças mentais” (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 641). Por fim, ainda segundo Elizabeth Roudinesco e Michel Plon (1998, p. 617), Psicanálise é o termo criado por Sigmund Freud, em 1896, para nomear um método particular de psicoterapia pautado na exploração do inconsciente com ajuda da associação livre, por parte do paciente, e da interpretação, por parte do psicanalista. Além de ser um método terapêutico, a Psicanálise é também uma disciplina fundada por Freud, à medida que abrange um método terapêutico, uma organização clínica, uma técnica psicanalítica, um sistema de pensamento e uma modalidade de transmissão de saber.

Castel (2001, p. 80) propõe uma periodização da história científica e cultural da transexualidade a partir de uma cronologia de quatro fases distintas, na qual é moldado o discurso médico-científico acerca da transexualidade. Ainda, de modo complementar, utilizar-se-ão como conceito base dessa análise as considerações de Berenice Bento (2006, p. 133) referente às características da figura do “transexual verdadeiro”, categoria consolidada a partir das contribuições teóricas de Harry Benjamin e Robert Stoller e presente no Direito e na Bioética até os dias de hoje.

2.1.1 Primeira fase: o propósito de descriminalização das práticas sexuais “desviantes” e solução terapêutica da sexologia

Conforme Pierre Castel (2001, p. 80), a primeira fase da cronologia do fenômeno transexual “nos faz remontar às origens da sexologia, em Magnus Hirschfeld, origens indissociavelmente científicas (com uma ambição taxonômica positivista) e militantes” (CASTEL, 2001, p. 80). Nesse caso, Castel (2011, p. 80) aponta o sexólogo alemão Magnus Hirschfeld como referência principal para a primeira fase da emergência do fenômeno transexual. Isso se dá em razão de o sexólogo Magnus Hirschfeld (1912, p. 9) ter sido o primeiro a utilizar o termo “transexual”, ao cunhar a expressão “transexual psíquico” em sua obra *Die Transvestiten* (1912, p. 9).

O termo “transexual psíquico” supracitado não pretendia a diferenciação do “transexualismo” do resto do conjunto de “perversões”, todavia “estabelecer que o transvestismo não é uma prática especificamente homossexual, em via de destruir a homogeneidade aparente da categoria de atos contra a natureza” (CASTEL, 2011, p. 81), à medida que estes eram severamente reprimidos, por exemplo, pela Lei Alemã consubstanciada no Código Imperial de 1870 da Alemanha. A intenção da sexologia era deslocar a prática sexual da transexualidade da compreensão de “atos contra a natureza” para a condição de impulsos irrefreáveis não passíveis de punição penal, mas, sim, de tratamento.

De fato, nessa primeira fase, a sexologia nascente, com as suas primeiras associações científicas internacionais, tinha como uma de suas preocupações centrais a busca de explicações médico-científicas e psicológicas que naturalizassem as práticas transexuais consideradas perversões e vícios morais à época, duramente punidas pelo Sistema Penal. Esse foi o objetivo da sexologia, em suas teorias originárias, dotadas de uma “ambição taxonômica positivista”, inclusive de certa forma militante, ao afirmar que não existiriam “atos contra a natureza”, pois a natureza estaria presente em toda a parte. Com isso, a sexologia alcançou o

seu principal propósito de descriminalizar as práticas sexuais desviantes, ao defender que elas não eram atos ilícitos ou imorais.

Irrefutavelmente, o maior êxito da sexologia, na primeira fase da emergência do “fenômeno transexual”, foi a despenalização das práticas sexuais desviantes, desconstruindo-se assim a ideia da homossexualidade e da transexualidade como mera perversão, com o intuito de revogar as sanções penais cominadas por diversos países a “condutas” desse tipo. Carolina Grant (2015, p. 25) entende também como méritos dessa fase o fato de que “a primeira fase da Sexologia foi libertadora e empoderou os “doentes” ou “transtornados”, dando-lhes voz e possibilidade de escuta, bem como de reconhecimento de sua subjetividade” (GRANT, 2015, p. 25). Não obstante os méritos da sexologia, quanto à construção de um novo corpo de saberes em torno da sexualidade humana e do embasamento da despenalização das sexualidades abjetas, não demorou para tornarem-se evidentes os seus maiores limites, tais como a busca pela “cura terapêutica”.

Por fim, Castel (2011, p. 84) aponta Adolf Meyer, teórico considerado o pai da psiquiatria estadunidense, como o marco de consolidação dessa primeira fase do “fenômeno transexual”, pois Meyer objetivava:

quebrar o sentimento de fatalidade terapêutica que reina então em medicina mental, em que a teoria da degenerescência dominava sem dividir as opiniões; ora, psicanálise ou behaviorismo, as duas novas correntes prometem uma ação possível e uma modificação radical das vivências mórbidas; Meyer espera portanto fazê-los colaborar (CASTEL, 2001, p. 84)

Carolina Grant (2015, p. 25) analisa a contribuição de Meyer para a consolidação da primeira fase da cronologia do “fenômeno transexual”, haja vista ele acabar “abrindo espaço para a (fase) seguinte, à medida que, sendo mais sensível aos ideais pragmáticos, pretende fazer as teorias conflitantes da psicanálise e do behaviorismo cooperarem” (GRANT, 2015, p. 25).

2.1.2 Segunda fase: “revolução hormonal” e behaviorismo endocrinológico

A segunda fase da cronologia do “fenômeno transexual” deu-se nas décadas de 1920 e 1930 e foi marcada pela “revolução hormonal”, por acompanhar o próprio desenvolvimento exponencial da Endocrinologia no período entre as duas guerras mundiais. Os estudos endocrinológicos acerca do funcionamento e potencial dos hormônios ofereceram uma alternativa às construções teóricas da psicanálise, ampliando horizontes em termos de possibilidades concretas de modificações biológicas.

Além disso, o período acima referido também foi fortemente marcado pelo nascimento do que Castel (2001, p. 80) intitula de “behaviorismo endocrinológico”, em oposição às construções então dominantes da psicanálise. De acordo com Castel (2001, p. 80), o behaviorismo endocrinológico “preparou a aceitação da maior parte das teses sociológicas sustentadas após 1945 sobre a identidade sexual, e que irão tornar possível o fenômeno transexual” (CASTEL, 2001, p. 80).

Essa vertente do behaviorismo, com a nova possibilidade de controle e de administração dos hormônios, passou a criar verdadeiras expectativas para as pessoas transexuais, uma vez que as alterações provocadas pelas intervenções hormonais permitiram-nas assumir a “normalidade” como uma mera questão de necessidade de dosagem sanguínea. A Endocrinologia, por meio da manipulação dessas dosagens hormonais, prometeu resolver as demandas dos indivíduos transexuais, sem precisar a interferência em suas esferas privadas e motivações morais, e acabou com a exclusividade da Psicanálise e suas noções de conflitos psíquicos no tratamento de pessoas transexuais.

Nesse mesmo período, no continente europeu, os avanços endocrinológicos deram uma guinada ainda maior, ao experimentarem um surpreendente aprimoramento técnico no que tange à identidade sexual. Primeiramente, no ano de 1912, Eugen Steinach, aluno de Magnus Hirschfeld, experimentou um implante de ovários em um indivíduo do sexo masculino. Posteriormente, em 1921, seu discípulo, o cirurgião Felix Abraham, operou, praticamente na clandestinidade a primeira pessoa considerada um “transexual redefinido”: Rudolf.

Na Dinamarca, em 1930, houve o icônico caso do pintor dinamarquês Andreas Sparre, conhecido como Eina Morgens Wegener, que se tornou Lili Elbe. Sua experiência foi narrada e publicada como o livro *Man Into Woman: The First Sex Change* (1931), quando a pintora narrou a sua trajetória quanto à readequação do sexo, em uma obra com prefácio do renomado sexólogo britânico Norman Haine e assinada com o pseudônimo de Niels Hoyer.

Inclusive, foi nessa época que as técnicas de redesignação sexual experimentaram um considerável aprimoramento: a vaginoplastia, que já era conhecida e vinha sendo aperfeiçoada desde a segunda metade do século XIX, enquanto a faloplastia passou a sê-lo em razão do trabalho empreendido por Harold Gillies, um dos pioneiros em matéria de cirurgia plástica. O médico supracitado testou a técnica de faloplastia tanto em soldados mutilados, no ano de 1917, quanto em pessoas intersexuais, no ano de 1919 e, inclusive, em alguns transexuais.

Cabe citar que, de acordo com Castel (2001, p. 85), a primeira cirurgia de faloplastia foi realizada por Harold Gillies em Laura Dillon, primeira militante pelo “direito moral” à “mudança de sexo”. Desse modo, foi na segunda fase da cronologia de “fenômeno transexual”

que a vaginoplastia e a faloplastia, técnicas utilizadas na cirurgia de transgenitalização, ganharam evidência.

Essa solução desenvolvida pela Endocrinologia e pela Medicina em atenção às demandas transexuais privilegiou as técnicas hormonais e cirúrgicas de intervenção corporal, presumindo que o funcionamento hormonal seria o grande responsável por determinadas vivências mentais e comportamentais. Com isso, a participação de psicanalistas, psiquiatras e sexólogos na tomada de decisão de fazer ou não a cirurgia de redesignação foi afastada, considerando que a análise das demandas dos transexuais era estritamente biológica, pois o ponto de vista endocrinológico pressupunha que as taxas hormonais regiam o comportamento sexual humano.

Entretanto, não se pode olvidar que, apesar de a psicanálise propor uma “cura” terapêutica no sentido de evitar, bloquear ou reverter a experiência transexual, a Endocrinologia também acabou por propor outro tipo de “cura”, qual seja, a adequação do corpo abjeto aos padrões binários de sexo e gênero da inteligibilidade social. Percebe-se que as técnicas hormonais e cirúrgicas de intervenção corporal desenvolvidas nessa época passaram a ser consideradas como a “cura” para as demandas das pessoas transexuais, ao permitirem a “adequação” dessas pessoas aos padrões de inteligibilidade social.

Posto isso, o “behaviorismo endocrinológico”, característica marcante da segunda fase da cronologia do “fenômeno transexual”, preparou a recepção teórica das teses sociológicas sobre a identidade sexual sustentadas de 1945 em diante, criando um cenário propício para sua aceitação. Desse modo, somente a partir dos avanços evidenciados na segunda fase no tocante às técnicas de modificações corpóreas, é que se viabilizou a materialização do “fenômeno transexual” na forma como passará a ser conhecido e tratado na terceira fase da cronologia aqui tratada.

2.1.3 Terceira fase: consolidação das bases endócrino-sociológicas do “transexualismo”

A terceira fase da cronologia do “fenômeno transexual”, situada no período de 1945 até 1975, é, segundo Castel (2011, p. 80), a mais rica em acontecimentos. Carolina Grant (2013, p. 5) sistematiza essa fase como sendo marcada pela união da endocrinologia com a sociologia, pela divulgação do caso Jorgensen, transexual feminizado em 1952, e pela construção e consolidação do dispositivo da transexualidade como “transexualismo”.

Ao longo do período da II Guerra Mundial, foram documentados, de forma pontual, alguns casos de experimentos envolvendo transgenitalização, a saber, a transgenitalização

forçada⁴³ de uma travesti, em um campo de concentração nazista na França, conforme citado por Castel (2001, p. 86). Todavia, a terceira fase da retrospectiva histórica do “fenômeno transexual” iniciou-se, de fato, no pós-guerra, nos Estados Unidos, a partir de acontecimentos, os quais definiram o que hoje o discurso-médico-científico entende como “transexual verdadeiro”.

No ano de 1952, como mencionado anteriormente, ocorreu a primeira cirurgia de transgenitalização amplamente divulgada, realizada pela equipe do cirurgião dinamarquês Christian Hamburger, quando o ex-soldado norte-americano George Jorgensen se submeteu à redesignação sexual para se assumir enquanto Christine Jorgensen. O caso de Christine Jorgensen é um marco midiático que ultrapassou os espaços medicalizados e os meios científicos.

Ademais, Castel (2001, p. 80) aponta que o processo de midiatização do caso Jorgensen ilumina todo o período de inovações no tocante à “mudança de sexo”. A importância desse caso na cronologia do “fenômeno transexual” se dá em razão da criação de um “quadro padrão” da experiência transexual, recopiado e/ou revivido pelos futuros candidatos à cirurgia de redesignação sexual, deste então.

No ano seguinte, em 1953, o artigo *Transvestism and Transexualism* (1953) foi trazido pelo endocrinologista Harry Benjamin, grande expoente da história da transexualidade. Nesse artigo, Harry Benjamin (1953, p. 14) posicionou-se contra qualquer tipo de tratamento psicoterapêutico e psicanalista da transexualidade e do travestismo, passando a indicar a cirurgia de redesignação sexual como a única solução terapêutica possível para pessoas transexuais.

⁴³ Em 11 de novembro de 1933, a Administração da Cidade de Hamburgo lançou o primeiro pedido à Chefia de Polícia para “dar atenção especiais aos travestis” e “entregá-los aos campos de concentração”. Ressalte-se que a Alemanha nazista não fazia distinção entre travestis e transexuais e, na maioria das vezes, referia ao “comportamento transgênero” como “comportamento homossexual” e, quando passou a distinguir as pessoas homossexuais das pessoas trans, considerou todos esses últimos como travestis. Durante a infame Noite das Facas Longas (*Nacht Der Langen Messer*), ocorrida na noite do dia 30 de junho de 1934, o Instituto de Ciência Sexual de Magnus Hirschfeld foi invadido e destruído por tropas nazistas alemãs. Suas produções sobre sexologia foram queimadas e seus clientes e parceiros de trabalho sexologistas foram perseguidos e executados. Magnus Hirschfeld, até então exilado, morreu dois anos depois do acontecido. No ano de 1938, o Instituto de Medicina Forense Alemã recomendou que o “fenômeno do travestismo” fosse “exterminado da vida pública”. Ao serem enviados ao campo de concentração, as mulheres trans eram identificadas com triângulos rosa invertidos, juntamente com homens homossexuais, ao passo que os homens trans eram identificados com triângulos pretos, juntamente com mulheres cisgênero. Relatam-se diversos casos de experiências médicas em campos de concentração envolvendo transgenitalização forçada de pessoas trans. Uma figura célebre de luta e de resiliência das pessoas trans durante o período do nazismo é Charlotte Von Mahlsdorf, mulher trans alemã sobrevivente do holocausto e escritora da autobiografia *I Am My Own Wife: The True Story Of Charlotte Von Mahlsdorf* (1992). Para maiores informações históricas sobre a vida das pessoas trans durante o regime nazista na Alemanha, ver: <http://tgdor.org/holocaust.shtml>.

Ressalte-se que a primeira utilização do termo “transexualismo” se deu em 1949, pelo sexólogo David Oliver Cauldwell, outro grande expoente dessa fase e da própria história geral da transexualidade, em razão de seu artigo *Psychopatia Sexualis*. Nesse artigo, Cauldwell (2001, p. 4) relata o quadro clínico de uma menina que desejava ser um menino, acabando por definir a transexualidade como um desejo mórbido e patológico em querer ser membro do sexo oposto, defendendo a ideia da existência de uma variedade de “graus” na forma de expressar a psicopatia transexual (CAULDWELL, 2001, p. 4). Esse termo foi posteriormente resgatado pelo próprio Harry Benjamin em seu artigo *Transvestism and Transexualism* (1953).

Em 1954, Christine Jorgensen foi eleita “mulher do ano”, ampliando a visibilidade das discussões médico-científicas em torno da transexualidade, da relativização das categorias de gênero e do debate sociológico acerca da construção da identidade sexual. Esse fato é entendido como o gatilho do crescimento substancial das cirurgias de “mudança de sexo”. Esse aumento exponencial das demandas e realizações das cirurgias de transgenitalização levou os psicólogos, principalmente os psicanalistas, a questionarem a potencial banalização do procedimento interventivo, uma vez que entendiam a cirurgia como uma mutilação irreversível.

Foi nesse contexto que os pesquisadores, seguidores da tradição americana da sociologia empírica e sua “teoria da influência determinante do meio”, lançaram-se ao estudo da questão da socialização dos intersexuais (hermafroditas ou indivíduos geneticamente “anormais”), dos meninos com órgãos genitais acidentalmente mutilados e das pessoas transexuais. Nesse cenário, segundo Castel (2001, p. 80), a psicanálise americana perdeu espaço, foi “medicalizada à força” e marcada pelo culturalismo, em razão de ser:

impotente para evitar de servir de caução à sociologia do gênero, e perdeu a batalha sem conseguir defender, por razões epistemológicas fundamentais, o caráter patológico de um distúrbio de identidade sexual puramente subjetivo (CASTEL, 2001, p. 80)

Consequentemente, em virtude de a psicanálise americana não conseguir defender o caráter psicopatológico do transtorno de identidade sexual num âmbito apenas subjetivo, criou-se um vácuo, a ser preenchido com novas teorias cujas construções pudessem dar esse suporte, em um plano secundário. Foi nesse vácuo que, a partir das décadas de 1950 e 1960, ganharam relevância, no cenário teórico estadunidense, as ideias do sociólogo Talcott Parsons e sua Teoria dos Papéis Sociais. Conforme aponta Castel (2001, p. 86), esse é o momento em que se desenvolveu “uma sociologia minuciosa, quase clínica, atenta aos 'papéis' funcionais

dos indivíduos e dos agentes, e que se esforça em traduzir em todos os terrenos o empreendimento abstrato de Talcott Parsons” (CASTEL, 2001, p. 86).

Com o objetivo de explicar o surgimento da Teoria dos Papéis Sociais, Carolina Grant (2013, p. 81) analisa o contexto, as matrizes e as principais preocupações de Talcott Parsons no desenvolvimento de seu “empreendimento abstrato”. O dito “empreendimento abstrato” de Talcott Parsons corresponde a sua intenção de extrapolar a herança funcionalista de Durkheim e conjugar a teoria de ação de Weber com a teoria dos sistemas em ação. Nas palavras de Carolina Grant (2013, p. 83), Talcott Parsons buscou em sua teoria provar que:

Os indivíduos, portanto, permaneceriam sendo os responsáveis pelas escolhas que determinariam suas ações, porém tais escolhas, orientadas à consecução de um fim, sofreriam a influência do processo de aprendizagem e assimilação dos padrões culturais e, sobretudo, dos papéis sociais (GRANT, 2013, p. 83)

Ao partir dessas premissas de sexo e gênero lançadas por Talcott Parsons em sua Teoria dos Papéis Sociais, o psicopediatra John Money lançou, no ano de 1955, os seus primeiros esboços teóricos do conceito de “gênero”, com a elaboração de sua tese acerca dos papéis sociais aplicadas à diferenciação entre os sexos. Todos os trabalhos antropológicos desenvolvidos sobre essas questões, a partir de então, adotaram o pressuposto da distinção definitiva entre “sexo biológico” e “gênero psicossocial”, consagrando este entendimento que passará a ser assente e pacífico em muitos círculos teóricos. Sendo assim, John Money consolidou em sua teoria que as distinções entre os sexos biológicos, especialmente os genitais definidos pelo pênis e pela vagina, conformarão, dessa forma, os gêneros masculino e feminino, os papéis sociais de homem e mulher, assim como as práticas sexuais heterossexuais.

Esse entendimento torna possível que as pessoas transexuais se “adaptem socialmente” com o objetivo de “adaptação social” mediante a cirurgia transgenitalizadora. Ao analisar a teoria de John Money, Carolina Grant (2013, p. 11) entende que “esta necessidade de ‘adaptação’ diagnosticável e as expectativas nela depositadas (coerência entre sexo, gênero, desejo e práticas sexuais) é um dos pilares, ainda, do reforço ao paradigma patologizante” (GRANT, 2013, p. 11).

As teorias de John Money, portanto, legitimaram o procedimento de adequação sexual que vigora até os dias de hoje, segundo as quais os transexuais teriam, em tese, total condição de se adaptar à sociedade, conscientes dos “papéis” que desejam representar e assumindo o entendimento dos papéis sociais desempenhados pelos indivíduos e do processo de construção das identidades. Logo, reproduz-se o raciocínio de que a realização de intervenções cirúrgicas

e endocrinológicas permitiriam o alívio do “mal-estar” da população transgênera e possibilitariam a sua inserção no convívio social com os demais.

Então, a partir da terceira fase da cronologia do “fenômeno transexual”, as publicações que investigaram as origens da transexualidade se popularizaram, todas focadas na explicação do fenômeno com base nas correntes teóricas disponíveis e nos estudos de caso. Nesse contexto, os avanços endocrinológicos-hormonais, aliados aos estudos de John Money e Talcott Parsons sobre os papéis sociais e a diferenciação dos papéis de gênero, passaram a ser colocados em prática mediante a organização de Centros de Identidade de Gênero, nos Estados Unidos, destinados ao atendimento especializado voltado para o público transexual.

Berenice Bento e Larissa Pelúcio (2012, p. 572) apontam como a etapa de fechamento da terceira fase a inclusão do “*transexualismo*” na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no ano de 1980. Esse marco médico-científico foi amplamente celebrado enquanto fechamento de um ciclo que se iniciou na década de 1950 consubstanciado na busca pela “cura” de um mal existente em todos os tempos e culturas (BENTO e PELÚCIO, 2012, p. 572), desempenhando um forte impacto na formulação do dispositivo da transexualidade. Desse modo, verificou-se que, ao longo das décadas, o discurso médico-científico mostrou-se um esforço para comprovação de que o “fenômeno transexual” se tratava de uma “doença”, a qual teve sua individualização mais bem acabada e consubstanciada na versão difundida por Harry Benjamin e reiterada até os dias de hoje.

2.1.4 Harry Benjamin, Robert Stoller e a emergência da figura do “transexual verdadeiro”

Após a breve investigação da riqueza de acontecimentos que constituíram a terceira fase da cronologia do “fenômeno transexual”, observaram-se a construção e a fixação de um entendimento relativamente assente em torno do “transexualismo”, pelo fato de haver a necessidade de certeza do diagnóstico a embasar a oferta de tratamento hormonal e cirúrgico, em razão do constante aumento do número de interessados no procedimento de “mudança de sexo”. É nesse contexto que as atenções se voltaram para o aprimoramento da figura do “transexual verdadeiro”, a partir dos discursos médico-científicos. O “transexual verdadeiro” seria, portanto, a categoria instituída para individualizar a condição merecedora da intervenção cirúrgico-terapêutica e adequação do sexo biológico ao gênero psicossocial.

Segundo Berenice Bento (2006, p. 133), em atenção à cronologia do fenômeno transexual, a apreensão do “transexual verdadeiro” se daria fundamentalmente em dois eixos teóricos. A

primeira vertente, endócrino-sociológica, equivaleria ao “transexual benjaminiano” proposto pelo endocrinologista Harry Benjamin, enquanto a segunda vertente, psicanalítica, corresponderia ao “transexual stolleriano” proposto pelo psicanalista de Robert Stoller, respectivamente. Sendo assim, é necessário examinar os indicadores que conformam o transexual indicado pelas contribuições teóricas de Harry Benjamin e Robert Stoller para melhor compreender as características as quais tornaram pacífica a da figura do “transexual verdadeiro”.

Primeiramente, em relação à vertente endócrino-sociológica constituída pelas proposições teóricas de Harry Benjamin, aponta-se que este teórico constituiu, em sua obra *O Fenômeno Transexual* (1966), as bases diagnósticas do que viria a ser categorizado como o “transexual verdadeiro” (BENJAMIN, 1966, p. 21) , no campo da Medicina e dos discursos médico-científicos. Nesse livro, o Harry Benjamin (1966, p. 19) definiu os parâmetros a serem utilizados como referência pela equipe médica responsável por avaliar se os indivíduos que chegam às clínicas ou hospitais solicitando a cirurgia de mudança de sexo são “transexuais verdadeiros”.

Na construção do “transexual benjaminiano”, Harry Benjamin (1966, p. 7) adotou como referencial a composição múltipla do “sexo”, sendo este integrado pelo sexo cromossômico/genético, sexo anatômico genital, sexo anatômico gonádico, sexo psicológico, sexo social e, por fim, sexo jurídico. Dentre estes, o mais determinante seria o cromossômico, por ser responsável pela definição dos caracteres sexuais primários e secundários.

Entre todos os “sexos” que comporiam o entendimento benjaminiano de sexo, o sexo psicológico seria, segundo Harry Benjamin (1966, p. 8), o mais flexível, podendo se apresentar em discordância aos demais. Contudo, essa flexibilidade não seria uma característica vantajosa, pois o deslocamento entre os “sexos” caracterizaria um mau funcionamento da sexualidade, e o ajuste entre todos seria o padrão de “normalidade”. É nesse ponto que a transexualidade é concebida por Harry Benjamin (1966, p. 9) enquanto uma enfermidade, em razão da oposição do sexo psicológico em detrimento aos demais, ou seja, uma constatação de mau funcionamento do organismo.

Harry Benjamin (1966, p. 43) não somente investigou a etiologia da transexualidade por meio de explicações etiológicas, mas também se ocupou em estabelecer suas características, assinalando que “transexualismo” era uma situação diferente de “travestismo” e de “homossexualismo”. Nessa perspectiva, Harry Benjamin (1966, p. 19) logrou a elaboração de uma tabela de classificação na qual existiriam diversos níveis de desvio sexual e de gênero,

compreendendo as seguintes tipologias: pseudotravesti masculino; travesti fetichista masculino; travesti autêntico, transexual não cirúrgico; transexual verdadeiro de intensidade moderada; e transexual verdadeiro de alta intensidade.

A consequência direta dessa classificação proposta por Harry Benjamin (1966, p. 21) foi a enumeração das características específicas da categoria entendida como “transexual verdadeiro”. Segundo Leite Júnior (2008, p. 142), essas características definidas pelo endocrinologista estadunidense seriam:

a insistência em se considerar uma “mulher em corpo de homem” (ou uma ‘alma feminina em corpo masculino’), o repúdio e o ódio aos próprios genitais e a urgente necessidade de alterar seu corpo, adequando-se ao sexo que considera ser o correto; e, finalmente, uma profunda angústia ou infelicidade quanto à sua condição. Como vimos anteriormente, este discurso existe registrado, pelo menos, desde a análise do caso do húngaro em Krafft-Ebing e, talvez mais do que descrever um sintoma, ajuda a formar um ‘tipo ideal’ de transexual (LEITE JÚNIOR, 2008, p. 142).

Não obstante, a importância da enumeração dessas características do “transexual verdadeiro” decorreria de a necessidade do exame do pleito dos interessados na cirurgia transgenitalizadora observar critérios bem definidos, uma vez que esses atributos específicos revelariam a exigência de tratamento vivenciada pelas pessoas transexuais. Isso se dava em razão de Harry Benjamin (1966, p. 14) identificar alguns níveis de “indecisão e desorientação” tanto sexual quanto de gênero, ao estudar casos de possíveis transexuais.

Por fim, Harry Benjamin (1966, p. 82), ao abordar o tratamento da “anormalidade”, característica do “transexualismo”, ao contrário dos psiquiatras e psicanalistas da época, era a favor das cirurgias de transgenitalização:

One thing seems certain. While great conservatism should prevail in advising, consenting to, and performing a conversion operation, all possible help should be given those who present a fait accompli by having undergone the irrevocable step of surgery. It seems to me to be the duty not only of physicians, but also of the community, to pave the way as much as possible for such persons so that they can succeed in their new pattern of life as members of the opposite sex (BENJAMIN, 1966, p. 82)⁴⁴

De acordo com o endocrinologista, a única alternativa terapêutica eficaz seria a realização de procedimentos hormonais e cirúrgicos, haja vista nenhum outro tipo de intervenção psicoterápica ser capaz de harmonizar o sexo físico ao psicológico. Ainda em relação às propostas de tratamento, Harry Benjamin (1966, p. 82) defende que somente as intervenções

⁴⁴ Uma coisa parece certa. Enquanto o grande conservadorismo deve prevalecer em aconselhar, consentir e realizar uma operação de conversão, toda a ajuda possível deve ser dada aqueles que apresentam um fato consumado por terem sofrido o passo irrevogável da cirurgia. Parece-me que é dever não só dos médicos, mas também da comunidade, pavimentar o caminho tanto quanto possível para que essas pessoas possam ter sucesso em seu novo padrão de vida como membros do sexo oposto (BENJAMIN, 1966, p. 82)

hormonais e cirúrgicas, principalmente a cirurgia transgenitalizadora, permitiriam as pessoas transexuais exercerem sua sexualidade de forma plena, mediante a compatibilidade da genitália com o gênero psicossocial vivenciado.

Sem dúvida alguma, o endocrinologista Harry Benjamin produziu teses influentes para o processo de construção do diagnóstico de transexualidade e, mais especificamente, da constituição do “transexual verdadeiro”. Sendo assim, após a elucidação dos indicadores propostos pelo referido endocrinólogo em sua vertente endócrino-sociológico, faz-se necessário compreender a vertente que recorrerá a uma explicação com base na constituição psíquica, consubstanciando assim a vertente psicanalítica do psicanalista Robert Stoller, nome recorrente nas referências de estudos sobre a transexualidade do ponto de vista psíquico.

Robert Stoller (1982, p. 02), em sua obra *A experiência transexual*, sustentou a tese de que o “transexualismo” se tratava de uma distorção no desenvolvimento da masculinidade ou da feminilidade, conceituando a transexualidade da seguinte forma:

Transexualismo é uma desordem pouco comum, na qual uma pessoa anatomicamente normal sente-se como membro do sexo oposto e, conseqüentemente, deseja trocar seu sexo, embora suficientemente consciente de seu verdadeiro sexo biológico (STOLLER, 1982, p. 2)

Além disso, Stoller considerava a transexualidade como fruto da psicodinâmica familiar vivida pela pessoa em seus primeiros anos de vida, fase na qual se desenvolvem as raízes fundamentais e aparentemente estáveis da identidade sexual. Dessa forma, o psicanalista estudou predominantemente crianças que, pela visão biológica, são consideradas homens, às quais ele designa de “menino transexual”, buscando esclarecer principalmente a etiologia da transexualidade⁴⁵.

No entender do autor, havia características típicas nas famílias em que se podiam encontrar “meninos transexuais”, resultando o transexualismo de uma “uma simbiose mãe-bebê excessivamente estreita e gratificante e não perturbada pela presença do pai” (STOLLER, 1993, p. 48), ou seja, a presença de uma “mãe stolleriana”. Entretanto, esse fator isolado não produziria uma identidade transexual no indivíduo, sendo necessária uma confluência de diversos fatores:

⁴⁵ Em sua pesquisa, Robert Stoller foca no estudo da transexualidade verificada nos “homens transexuais” e dos “meninos transexuais”, ou seja, nas pessoas que são consideradas homens quando de seu nascimento, mas que ao longo de sua vida passa a se identificar com o gênero feminino. Entretanto, essas nomenclaturas utilizadas por Robert Stoller equivalem atualmente à categoria de “mulher transexual” cujo uso consolidou-se pela militância LGBT, de forma a respeitar a identidade de gênero das pessoas trans. É válido ressaltar que, uma vez que Robert Stoller baseia sua interpretação da transexualidade numa teoria edípica, ele afirma que não há transexualidade em mulheres (ou seja, que não existia a categoria homens trans) As mulheres que desejassem se “masculinizar” não seriam transexuais verdadeiros para Stoller, mas uma apresentação extremada de homossexualidade feminina, ficando, assim, excluídas das pesquisas em torno da etiologia da transexualidade stolleriana.

uma mãe bissexual [com forte inveja do pênis]; um pai física e psicologicamente ausente, que permita que a excessiva simbiose se desenvolva e que não a interrompa; um período de vários anos, nos quais mãe e filho possam manter essa simbiose feliz; e uma especial beleza do menino [aos olhos da mãe] ao nascimento e nos meses posteriores (STOLLER, 1982, p. 56).

Nesse sentido, Berenice Bento (2006, p. 137) ressalta que Robert Stoller questiona, inclusive, o diagnóstico do “transexualismo” quando o paciente não apresenta mãe nos moldes da “mãe stolleriana”, dada à relevância da identificação desta “mãe stolleriana”, incorporada aos protocolos médicos do “transexualismo” e, por conseguinte, ao seu diagnóstico, tendo o psicanalista estabelecido os traços distintivos do “comportamento feminino desviante” dessa mulher.

Essa categoria de “mãe stolleriana”, teorizada por Robert Stoller (1982, p. 99), seria identificada como uma mulher masculinizada que sempre invejou e desejou ser um homem. Em razão disso, a “mãe stolleriana” projetaria, inconscientemente, suas frustrações pessoais em seu filho, criança do sexo masculino, e o pai, por sua vez, física ou emocionalmente ausente por vontade própria ou teria a sua influência e relação com a criança diminuída pela presença dominante da mãe.

De acordo com Robert Stoller (1982, p. 28), se a psicodinâmica familiar favorecer o desenvolvimento da transexualidade, o menino, desde muito pequeno, já demonstrará sentir-se ou interessar-se em ser do sexo feminino. A “psicodinâmica familiar” essencial para a produção de uma identidade transexual seria, para Stoller (1982, p. 28), marcada por uma forte relação simbiótica entre mãe e filho, situação que impossibilitaria o estabelecimento do complexo de Édipo, por se tratar de uma relação que não permite a interdição paterna.

Identificada a “mãe stolleriana” e a “psicodinâmica familiar”, podem ser identificados na teoria de Robert Stoller (1982, p. 40) indicadores comportamentais precisos do que seria uma pessoa transexual. Dessa maneira, o teórico defendeu a existência de transexuais primários, pessoas que relatam vivenciar a experiência transexual desde a infância remota, e transexuais secundários, os que passaram a vivenciar tal experiência já na fase adulta.

Ao eleger principalmente os transexuais primários como objeto de estudos, Stoller (1982, p. 40) afirma que “o menino transexual começa a mostrar sua extrema feminilidade por volta de 2-3 anos de idade, embora os primeiros sinais possam aparecer até mesmo no primeiro ano, assim que seja expresso algum gênero” (STOLLER, 1982, p. 40). Os “sinais” de feminilidade seriam, segundo o autor, o interesse do menino em usar coisas femininas, tais como roupas, sapatos e até maquiagem, ou a preferência por brincadeiras e jogos de meninas. Além disso, o menino pode verbalizar que deseja ser ou mesmo que é uma menina.

No que tange ao tratamento recomendado para o transexual primário, Stoller (1982, p. 101) indica a indução, por parte de um terapeuta habilitado, do conflito de Édipo no paciente transexual, a fim de estimulá-lo apropriadamente a desenvolver a masculinidade “normal” que lhe falta. Em relação ao tratamento dos transexuais secundários, seria indicado o tratamento paliativo mediante modificações corporais, incluindo a cirurgia de transgenitalização, mas com o devido cuidado para o diagnóstico ser corretamente estabelecido.

Com base nas conclusões teóricas de Harry Benjamin e de Robert Stoller, Berenice Bento (2006, p. 133) passa a defender a consolidação da categoria diagnóstica do “transexual verdadeiro”, uma vez que a comunidade médico-científica e seus respectivos discursos começaram a aceitar, reproduzir e reiterar essa categoria por meio dos protocolos médicos, manuais diagnósticos, coletâneas e periódicos oficiais, reafirmando esse saber. Além disso, essa definição de critérios de diagnóstico universalizou a figura do “transexual”, criando-se o “transexual verdadeiro”, ou seja, aquele que se enquadra nos critérios de diagnóstico estabelecidos por Harry Benjamin e Robert Stoller.

2.1.5 Quarta fase: reivindicação libertária da despatologização da transexualidade

A quarta fase da cronologia do “fenômeno transexual” centra-se na perspectiva libertária da despatologização da transexualidade. Castel (2001, p. 81) explana que o conjunto de discursos médico-científicos patologizantes foi incorporado pelo movimento *transgender*⁴⁶ em meados dos anos 70, criando uma “boa convivência com as versões mais biologizantes do “distúrbio da identidade de gênero” (CASTEL, 2001, p. 81). Isso se deu em uma perspectiva de concessões estratégicas⁴⁷, pois o pleito dos grupos militantes de transgêneros se viu satisfeito com a ampliação crescente da oferta de cirurgia e de outros tratamentos, aceitando, assim, conviver com o paradigma do “distúrbio de identidade de gênero”, em “troca” dos direitos à saúde, reconhecidos com base no referido paradigma.

⁴⁶ Segundo Castel (2001, p. 81) o movimento *transgender* seria, a princípio, o movimento social estadunidense constituído no início da década de 70, grupo militante “que reúne as aspirações tanto dos transexuais quanto dos transvestistas e de certos homossexuais de apresentação deliberadamente ambígua” (CASTEL, 2001, p. 81), reunidos para “empreenderem uma desconstrução lúdica mas também politicamente armada dos estereótipos sexuais onde se aliena o desejo” (CASTEL, 2001, p. 90).

⁴⁷ Concessões estratégicas, de acordo com Berenice Bento (2010, p. 183), correspondem ao processo de concordância da comunidade trans com a consolidação da transexualidade como doença nos manuais diagnósticos. Segundo a autora, essa estratégia garantiria que as pessoas transexuais não perdessem seus direitos de assistência médica, uma vez que “há os que defendem o diagnóstico de gênero e que se ancoram oportunisticamente no argumento do acesso aos serviços de saúde, principalmente aquelas(es) que operam capilarmente o DSM” (BENTO, 2010, p. 183). Frisa-se que, na terceira parte desta pesquisa, o conceito de concessões estratégicas e suas implicações na despatologização das vivências trans serão analisadas mais detidamente.

Entretanto, parte do movimento transativista passou a discordar desse processo patologizante, exarando um desejo pela “despatologização”⁴⁸, sob o respaldo das teorias culturais de gênero, opondo-se a qualquer solução psicoterapêutica da transexualidade que baseada no diagnóstico e na cura não-interventiva e psíquica. Nesse caso, os segmentos minoritários entendiam que a associação da análise da identidade sexual nos moldes propostos pela psicanálise era um preconceito limitador da liberdade individual, desse modo, “a rejeição da psicanálise atinge então tal grau que mesmo a ideia de uma solução psicoterapêutica do transexualismo não está longe de passar por uma fraude ou por um assassinato da liberdade” (CASTEL, 2011, p. 81).

Contudo, essa é apenas uma breve análise do início do movimento pela despatologização das vivências trans, pois será feita, *a posteriori*, uma análise mais detida desta fase do “fenômeno transexual”, evidenciando-se na terceira parte da presente pesquisa a investigação da estratégia de despatologização da transexualidade em âmbito internacional e nacional, com a análise dos discursos e dos instrumentos legais que fundamentam a aplicação desse modelo de inclusão social às diversas vivências trans na atualidade.

2.3. Historiografia da patologização das vivências trans: a cristalização do dispositivo da transexualidade nos manuais diagnósticos internacionais

Sem perder de vista a tarefa de perfazer a cronologia do “fenômeno transexual”, passa-se então à análise historiográfica dos eventos que possibilitaram a cristalização do dispositivo da transexualidade nos catálogos internacionais de doenças utilizados na orientação do diagnóstico da transexualidade.

Para isto, serão verificadas, em termos de produção nosográfica, as concepções de vivências trans expressas pelas definições codificadas nos manuais internacionais de diagnóstico, especialmente: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), organizado pela *American Psychiatric Association* (APA); e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Também será analisado o guia internacional de atenção à saúde das pessoas trans, o *Standards of Care* (SOC), documento publicado pela associação *World Professionals Association for Transgender Health* (WPATH).

⁴⁸ A despatologização, nesse caso, está sendo usada entre aspas, uma vez que o movimento de despatologização surgiu em meados dos anos 70 apenas rejeitava o tratamento psíquico, sendo diferente do entendimento de despatologização defendido pelos movimentos internacionais e nacionais de pessoas transgêneros na atualidade, sentido este que adotamos neste trabalho.

Sendo assim, ao considerar que a transexualidade, por subverter o alinhamento supostamente convencional entre sexo e gênero, vem sendo tratada pela medicina enquanto uma patologia, inicia-se a análise da cristalização do dispositivo da transexualidade nos manuais diagnósticos a partir da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), documento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e avaliado por Berenice Bento (2011, p. 94) da seguinte forma:

o CID-10 não é um manual de orientação ou de indicadores diagnósticos, representa uma convenção médica que estabelece as características das doenças e seus respectivos códigos utilizados e aceitos internacionalmente por médicos(as) e outros(as) operadores(as) da saúde (BENTO, 2011, p. 94)

A sexta edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-6), publicada pela Organização Mundial da Saúde no ano de 1948, foi a primeira versão da CID publicada pela OMS a incluir uma classificação de distúrbios mentais. A presente análise parte da CID-6 em razão de que os lançamentos anteriores, nomeados Lista Internacional de Causas de Morte (ILCD), consistiam apenas em uma classificação de mortalidade. Os transtornos mentais, em geral, assim como os transtornos sexuais, não eram considerados causas de mortalidade, e, por isso, não estavam incluídos nestas classificações. Dessa forma, não houve qualquer referência diagnóstica a transtornos mentais e a desvios sexuais antes da CID-6.

Na CID-6, assim como na sétima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-7), publicada pela OMS, no ano de 1955, não houve qualquer menção direta à transexualidade ou a demais vivências trans como categoria diagnóstica. Nas duas edições do CID existia somente o diagnóstico de “desvio sexual” dentro da classe de “personalidade patológica”, categoria diagnóstica ampla e que confundia orientação sexual e identidade de gênero como uma mesma expressão da personalidade da pessoa. Nesse caso, apesar de a categoria ser exemplificada como aplicável aos casos de homossexualidade, as vivências trans poderiam ser entendidas na época como casos de homossexualidade e, portanto, como desvios sexuais.

Foi somente na oitava edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-8), publicada pela Organização Mundial da Saúde no ano de 1965 e profundamente influenciada pelos estudos de Harry Benjamin e Robert Stoller, que se separou a classe de “desvios sexuais” dos “distúrbios de personalidade” e se criou um diagnóstico específico de “transvestitismo”. Dentre os desvios sexuais existentes na categoria de desvios sexuais existiam a homossexualidade, o fetichismo, a pedofilia, o exibicionismo, o voyeurismo, o sadismo, o masoquismo, desvios não especificados e outros desvios sexuais.

Quando publicada a nona edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-9), no ano de 1975, houve outra alteração na classe diagnóstica de “desvios sexuais”, renomeada de “desvios sexuais e distúrbios”. Essa categoria passou a englobar categorias diagnósticas como homossexualidade ego-distônica, zoofilia, pedofilia, exibicionismo e, no caso das vivências trans, o “transvestismo” e o “transexualismo”. Este último, por sua vez, era dividido em quatro manifestações sintomáticas. De acordo com a orientação sexual do sujeito, constavam o “transexualismo com história sexual não especificada”, o “transexualismo com história assexual”, o “transexualismo com história homossexual” e o “transexualismo com história heterossexual”.

Além disso, ainda havia vivências trans que poderiam ser diagnosticadas em outras classes diagnósticas do CID-9, pois ainda foram criados os diagnósticos de “Distúrbios de identidade psicosssexual” e de “Outros distúrbios psicosssexuais especificados”, neste último se incluíam os “Distúrbios de identidade de gênero na adolescência ou vida adulta”. Verifica-se, portanto, que as diversas vivências de identidade de gênero foram diluídas em variadas categorias diagnósticas do CID-9, criando-se assim uma extensa gama de possibilidades de patologização das pessoas trans.

Finalmente, nos dias atuais, encontra-se em voga a décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), publicada pela Organização Mundial da Saúde no ano de 1990. A CID-10 reorganizou significativamente seu sistema nosográfico e, dentre as várias mudanças conferidas em sua reedição, houve a criação da classe diagnóstica de “transtornos de identidade de gênero”, os quais englobam as categorias de “transexualismo”, “travestismo bivalente”, “transtorno de identidade de gênero na infância”, “outros transtornos de identidade de gênero” e “transtornos de identidade de gênero não especificados”. Além do transtorno de identidade de gênero, também foi criada a classe diagnóstica de “desordens da preferência sexual” na qual se incluiu o “travestismo fetichista”.

Dessa forma, a CID-10 passou a definir a transexualidade enquanto “transexualismo”⁴⁹, enquadrado como “transtornos da identidade de gênero F. 64.0”, com os seguintes requisitos diagnósticos:

- a) 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 ao seu próprio sexo anatômico e do desejo de submeter-se a uma

⁴⁹ Pela leitura da codificação acima citada, o termo “transexualismo” é utilizado para referenciar o fenômeno transexual no Manual Diagnóstico, utilizando assim o sufixo “ismo” característico em vocábulos ligados à patologia. Entretanto, é importante se rever a utilização desse termo, substituindo-a por “transexualidade”, eliminando assim a carga simbólica patologizante daquele termo, em virtude de o sufixo “dade” estar relacionado ao modo de ser.

intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado.

b) A identidade transexual esteve presente de forma consistente durante ao menos dois anos

c) O transtorno não é sintoma de outro transtorno mental ou de uma anormalidade cromossômica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993)

Disso depreende-se que a OMS “pressupõe que a transexualidade, por se tratar de uma doença, tem basicamente os mesmos sintomas em todas as partes do mundo” (BENTO, 2011, p. 91), generalizando as experiências trans por meio da força normatizadora de seu manual diagnóstico, utilizado por diversos países como base para definir suas políticas para populações transexuais e travestis. Ao criticar essa postura, Cláudio Cohen (1999) lembra o fato de o CID encontrar-se em sua décima edição, ou seja, ter sido modificado em outras nove ocasiões. Portanto, ao contrário do entendimento de muitos, o CID não deve ser empregado como se estivéssemos diante da verdade absoluta sobre o conceito de doença.

De posse das informações trazidas à baila, a evolução da nosografia médica da transexualidade e das outras vivências trans pode ser sintetizada na tabela e a qual resume a categorização e o diagnóstico dados às vivências trans pela Organização Mundial da Saúde:

Tabela 1 – Evolução da nosografia médica das vivências trans na Classificação Internacional de Doenças (CID)

Edição	Categoria	Nome do diagnóstico	Código
CID-6 (1948)	Não classificado	Não classificado	Não classificado
CID-7 (1955)	Não classificado	Não classificado	Não classificado
CID-8 (1965)	Desvios sexuais	Transvestitismo	302.3
CID-9 (1975)	Desvios e desordens sexuais	Transvestitismo	302.3
		Transexualismo com história sexual inespecificada	302.50
		Transexualismo com história assexual	302.51
		Transexualismo com história homossexual	302.52
		Transexualismo com história heterossexual	302.53
	Distúrbios de identidade psicosexual	Distúrbios de identidade psicosexual	302.6
Outros distúrbios psicosexuais especificados	Distúrbios de identidade de gênero na adolescência ou vida adulta	302.85	
CID-10 (1990)	Transtornos de identidade de gênero	Transexualismo	F64.0
		Travestismo bivalente	F64.1
		Transtorno de identidade sexual na infância	F64.2
		Outros transtornos de identidade sexual	F64.3
		Transtorno não	F64.5

		especificado de identidade sexual	
	Distúrbios de preferência sexual	Transvestismo fetichista	F65.1

Fonte: Elaboração própria, 2017

Enquanto a CID-10 fornece uma definição sintetizada e generalizadora acerca da condição transexual, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), organizado pela *American Psychiatric Association* (APA), apresenta uma concepção muito mais detalhada. Remetendo novamente à análise da terceira fase da cronologia do “fenômeno transexual” sistematizada por Castel (2001, p. 80), constata-se que o entendimento da transexualidade pela comunidade médico-científica foi recepcionado pelo DSM-III (1980), talvez não por coincidência, no mesmo ano em que se oficializou a saída da homossexualidade desse documento⁵⁰, e permaneceu nas edições seguintes, DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000) e DSM-V (2013).

Na primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I), publicado pela APA, no ano de 1952, a transexualidade e a travestilidade já eram entendidas como patologias, sendo classificadas nosograficamente no Manual como “desvio sexual”, dentro da categoria de “perturbações sociopáticas da personalidade”. Considerava-se que as pessoas portadoras de tais desvios sexuais seriam doentes principalmente em termos sociais, com deficiência em se conformar com os padrões da sociedade vigentes e o diagnóstico incluía os seguintes casos “homossexualidade, transvestismo, pedofilia, fetichismo e sadismo sexual (incluindo estupro, agressão sexual, mutilação)” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952, p. 39).

A segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-II), publicado pela APA, no ano de 1968, manteve a categorização de “desvios sexuais”, ampliando o rol de desvios sexuais enquanto “categoria de indivíduos cujos interesses sexuais são direcionados principalmente para objetos ao invés do sexo oposto, para atos sexuais não associados com o coito e para o coito realizado em circunstâncias bizarras” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968, p. 44). As vivências trans foram mantidas no

⁵⁰ Ao analisar o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), Berenice Bento (2010, p. 175) problematiza que, embora a homossexualidade não seja considerada mais uma “doença”, tendo sido retirada do CID em 1975, “pode-se desconfiar que ainda se continue ‘curando’ a homossexualidade, só que agora com o nome de ‘transtorno de gênero’” (BENTO, 2010, p. 175). A referida autora defende que a patologização da sexualidade continua operando com grande força nos manuais diagnósticos, não mais trabalhando com conceitos como “perversões sexuais” ou “homossexualismo”, mas com as variantes dos “transtornos de gênero”. No DSM, encontram-se diversos tipos de “transtornos de gêneros”, nos quais poderiam ser inclusos casos de homossexualidade em pessoas cisgênero que desafiem a heteronormatividade e a inteligibilidade de gênero. Nesse sentido, “quando se produz no menino a masculinidade e na menina a feminilidade, a heterossexualidade está inserida aí como condição para dar vida e sentido aos gêneros” (BENTO, 2010, p. 176).

diagnóstico de “transvestitismo”, juntamente com outras orientações e práticas sexuais, tais como homossexualidade, feiticismo, pedofilia, exibicionismo, voyeurismo, sadismo e masoquismo.

Foi na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), publicado pela APA, no ano de 1980, que se verificou uma abordagem completamente pormenorizada desta temática, com a criação da classe diagnóstica dos distúrbios psicosexuais e a individualização da transexualidade distúrbios da identidade de gênero. O DSM-III definia os distúrbios de identidade de gênero como a incongruência entre o sexo anatômico e a identidade de gênero e introduziu três tipos de diagnósticos que eram aplicados às vivências trans: o “transexualismo”, os “distúrbios de identidade de gênero na infância” e os “distúrbios de identidade de gênero atípicos”, esta última categoria residual para os casos que não se incluíssem nas outras duas categorias específicas. Ressalte-se que essa foi a primeira versão do DSM, na qual se apresentaram requisitos diagnósticos para reconhecimento dos “distúrbios de identidade de gênero”

No ano de 1987, houve a revisão do texto do DSM-III, surgindo assim o DSM-III-RT e, com ele, passaram a existir quatro entidades relevantes de diagnóstico: o “transexualismo”, os “distúrbios de identidade de gênero na infância”, os “distúrbios de identidade de gênero no adolescente ou adulto, tipo não transexual” e os “distúrbios de identidade de gênero não especificada”. Percebe-se, com a análise da nosografia do DSM-III-RT, que há uma visão não só patológica, mas rígida da transexualidade. Significa dizer que qualquer variação da vivência trans para além dos quesitos diagnósticos apresentados pela rubrica de “transexualismo” já era motivo para ser desclassificado como experiência transexual, tal como se vê nos quesitos “distúrbios de identidade de gênero no adolescente ou adulto, tipo não transexual” e “distúrbios de identidade de gênero não especificada”.

Com a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), publicado pela APA, no ano de 1994, e mantida pela revisão textual no ano de 2000 (DSM-IV-TR), passaram a ser diagnosticados três tipos de vivências trans: o “fetichismo travestido” enquanto parafilia, o “distúrbio de identidade de gênero”, com critérios separados quando da sua ocorrência em crianças ou em adolescentes/adultos em adolescentes ou adultos, e os “distúrbios de identidade de gênero sem outra especificação” para os casos residuais que incluíam:

condições intersex (e.g. síndrome da insensitividade andrógena ou hiperplasia adrenal congênita) e disforia de gênero acompanhante; 2. Comportamento crossdresser transitório e relacionado com stress; 3. Preocupação persistente com

castração ou penectomia sem o desejo de adquirir as características sexuais do outro sexo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p. 538)

A edição atual do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), publicado pela APA, no ano de 2013, alterou a categorização das vivências trans, na qual as pessoas “cujo sexo de nascimento é contrário ao que se identificam” passam a ser diagnosticadas com “disforia de gênero” e não mais com “distúrbio de identidade de gênero”⁵¹, conforme se dava no DSM-IV (1994) e no DSM-IV-TR (2000). Entretanto, apesar da mudança de classificação, a transexualidade continua sendo uma condição mental passível de diagnóstico e tratamento para a APA.

Nesse caso, o DSM-V classifica as pessoas, cujo sexo de nascimento é contrário ao que se identificam como “disfóricos de gênero”, estabelecendo o diagnóstico psiquiátrico da transexualidade na adolescência e na vida adulta com base na presença simultânea de dois componentes:

- A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo dois dos seguintes:
1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas).
 2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas).
 3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero
 5. Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado).
 6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado).
- B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 452-453)

As vivências trans foram, ainda, separadas diagnosticamente em quatro classes diferentes: a “Disforia de gênero em crianças”, “Disforia de gênero em adolescentes e adultos”, a “Outra disforia de gênero especificada”, tais como os casos de disforia de gênero breve, e a categoria residual de “Outra disforia de gênero especificada”.

⁵¹ Em dezembro de 2012, a *American Psychiatric Association* (APA), principal difusora da expressão “transtorno de identidade de gênero” em revisão do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM) e por força da crescente campanha do ativismo trans internacional expresso na campanha “Stop Trans Pathologization”, deixou de classificar a transexualidade como “distúrbio de identidade de gênero”, substituindo o termo por “disforia de gênero”. Trata-se de uma solução intermediária destinada a não mais considerar as pessoas transexuais como portadores de uma doença mental. O termo “disforia”, embora goze de maior legitimação por parte da comunidade trans, não despatologiza completamente a questão, como é o desejo dos proponentes da campanha.

Enfim, a referida evolução da nosografia psiquiátrica da transexualidade e das outras vivências trans pode ser sintetizada na tabela 2, a qual resume a categorização e o diagnóstico dados às vivências trans pela Associação Americana de Psiquiatria:

Tabela 2 – Evolução da nosografia psiquiátrica das vivências trans no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)

Edição	Categoria	Nome do diagnóstico
DSM-I (1952)	Desvios sexuais	Transvestismo
DSM-II (1968)	Desvios sexuais	Transvestismo
DSM-III (1980)	Distúrbios Psicosexuais	Transexualismo
		Distúrbio de identidade de gênero na infância
		Distúrbios de identidade de gênero atípicos
DSM-III-R (1987)	Distúrbios Psicosexuais	Transexualismo
		distúrbios de identidade de gênero na infância
		Distúrbio de identidade de gênero na adolescência e idade adulta, tipo não transexual
		Distúrbios de identidade de gênero não especificada
DSM-IV (1994)	Distúrbios sexuais e de identidade de gênero	Distúrbios de identidade de gênero em adolescentes ou adultos
		Distúrbios de identidade de gênero em crianças
		distúrbios de identidade de gênero sem outra especificação
		Fetichismo travestido
DSM-IV-TR (2000)	Distúrbios sexuais e de identidade de gênero	Distúrbios de identidade de gênero em adolescentes ou adultos
		Distúrbios de identidade de gênero em crianças
		distúrbios de identidade de gênero sem outra especificação
		Fetichismo travestido
DSM-V (2013)	Disforia de gênero	Disforia de gênero em crianças
		Disforia de gênero em adolescentes e adultos
		Outra disforia de gênero especificada
		Disforia de gênero não especificada

Fonte: Elaboração própria, 2017

Para além do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), outra referência fundamental para a cristalização do “fenômeno transexual” em manuais diagnósticos são as diretrizes *Standards of Care for the health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, ou, simplesmente *Standards of Care (SOC)*, documento publicado pela associação *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)*.

Atualmente, em sua 7ª versão, a *Standards of Care (SOC)* reúne um conjunto de orientações para questões que versam exclusivamente sobre a saúde das pessoas trans, na qual

a transexualidade é entendida como “disforia de gênero”. Como mencionado, o referido documento é publicado pela associação *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), organização internacional antigamente conhecida como *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA).

Conforme já mencionado, Harry Benjamin, com a obra *The Transsexual Phenomenon* (1966), foi o responsável pelo delineamento do que viria a ser entendido como a “transexualismo”, e fornece os traços distintivos da categoria diagnóstica do “verdadeiro transexual” com a formulação do “transexual benjaminiano”. Harry Benjamin também foi responsável pela criação da Clínica de Identidade de Gênero do Hospital John Hopkins, fato este que contribuiu decisivamente para que as formulações do referido endocrinologista passassem a ser referências mundiais no que diz respeito à normatização do “transexualismo”.

Em 1969, Harry Benjamin criou a *Harry Benjamin Association* em Londres, convertida, em 1977, na *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA), associação internacional legitimada como “uma das associações responsáveis pela normatização do tratamento para as pessoas em todo o mundo (...) que orientam profissionais que trabalham com transexualidade” (BENTO, 2011, p. 91).

Portanto, verifica-se que, com essa legitimação, a compreensão de transexualidade teorizada por Harry Benjamin foi difundida pelas orientações da *Standards of Care* (SOC)⁵², revista publicada pela HBIGDA. A concepção rígida e universalizante de transexualidade teorizada por Harry Benjamin, desde as décadas de 1950 e 1960, foi difundida pela HBIGDA na publicação de seus *SOC* e, posteriormente, assimilada, perpetuada e mantida praticamente sem alterações pela comunidade médico-científica, que passou a reproduzi-lo e propagá-lo não somente em seus manuais diagnósticos, a exemplo, o DSM-V e o CID-10, como também em suas coletâneas e periódicos científicos.

No ano de 2007, a *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA) foi transformada na associação *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) e passou a ser definida, nas linhas gerais do SOC-7, como uma associação internacional, multidisciplinar e profissional, com a missão de fornecer, por meio de suas normas, a orientação clínica para os profissionais de saúde poderem auxiliar as pessoas trans com possibilidades seguras e eficazes de alcance do conforto pessoal e duradouro com os seus corpos, a fim de maximizar a sua saúde geral, bem-estar psicológico e autorrealização.

⁵² Para acompanhamento dos documentos referentes às edições passadas das *Standards of Care* (SOC) e da história da *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA), consultar: http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=3926. Acesso em: 05/01/2017.

Por fim, de modo a sistematizar a discussão acerca da cristalização do dispositivo da transexualidade nos catálogos internacionais de doenças utilizados na orientação do diagnóstico da transexualidade, pode-se construir a tabela 3, com base nas definições constantes no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e na *Standards of Care* (SOC):

Tabela 3 – Diagnóstico da transexualidade nos catálogos internacionais de doenças

	Código Internacional de Doenças (CID-10)	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)	Standards of Care (SOC)
Órgão elaborador	Organização Mundial de Saúde (OMS)	American Psychiatric Association (APA)	Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBI-GDA)
Classificação dada à transexualidade	Transexualismo (Transtorno de Identidade de Gênero)	Disforia de gênero	Disforia de gênero

<p>Conceito de transexualidade veiculado no Manual</p>	<p>“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”</p>	<p>A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo dois dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas). 2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas). 3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero 5. Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado). 6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado). <p>B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo</p>	<p>Disforia de gênero corresponde ao desconforto ou aflição causada por uma discrepância entre a identidade de gênero de uma pessoa e o sexo designado a esta quando do seu nascimento (e o papel de gênero associado e/ou as características sexuais primárias e secundária)</p>
---	---	---	---

Fonte: Elaboração própria, 2017

Em face das informações sistematizadas na tabela 3, algumas observações são pertinentes diante do que foi exposto. Em primeiro lugar, nos três documentos, nota-se invariavelmente que as pessoas trans são definidas como portadoras de indicadores comuns, pelas quais são identificadas como transtornadas, independente de sua vivência identitária e de suas especificidades históricas, culturais, sociais e econômicas. Atenta-se que tanto o CID-10 quanto o DSM-V operam com a ideia de generalidade, considerando a transexualidade a partir de um padrão rígido de características.

Ao considerar a transexualidade como doença, Berenice Bento (2010, p. 172) critica os manuais diagnósticos por pressuporem que ela possui basicamente o mesmo conjunto de indicadores comuns em todas as partes do mundo, demonstrando assim como os referidos manuais operam uma ideia generalizadora e excluem a diversidade de manifestações do fenômeno transexual. Desse modo, critica-se este processo de patologização da transexualidade apresentados nos manuais diagnóstico em razão de o diagnóstico diferenciado de “transexual verdadeiro” ser um produtor de desigualdade de gênero em prejuízo das pessoas trans, conforme explica Miriam Ventura (2010, p. 17):

“as normas e práticas relacionadas ao transexualismo, estabelecidas pela instituição médica e consideradas legítimas e necessárias pela instituição jurídica, para a alteração da identidade sexual, implicam restrições e limitações à autonomia dos sujeitos” (VENTURA, 2010, p. 17)

Apesar de esses documentos serem construídos a partir de uma base generalizadora, existem algumas diferenças entre eles, apontadas por Bento e Pelúcio (2012, p. 572). Segundo as autoras, para o SOC, o “transexual verdadeiro” teria única alternativa para resolver seus “transtornos” ou “disforias”, que seriam as cirurgias de transgenitalização. O DSM, por sua vez, apenas tangencia a questão da cirurgia, pois a preocupação principal do documento é pontuar as manifestações da transexualidade na infância, na adolescência e na fase adulta. Por fim, acerca do CID-10, Bento e Pelúcio (2012, p. 572) defendem que este não seria um manual de orientação ou de indicadores diagnósticos, mas sim uma “convenção médica que estabelece as características das doenças e seus respectivos códigos utilizados e aceitos internacionalmente por médicos/as e outros/as operadores/as da saúde” (BENTO & PELÚCIO, 2012, p. 572).

A importância de criticar esses documentos oficiais dá-se em razão de suas forças normatizadoras e de seu alcance geopolítico, haja vista em diversos países os Estados seguirem suas orientações para definir seus programas de assistência e legislações específicas para as populações transexuais e travestis. A construção do diagnóstico diferenciado da transexualidade nos manuais diagnósticos reforça algumas noções de base da transexualidade contemporânea, tais como o que deveria ser entendida como “transexual verdadeiro”, dentro do “fenômeno transexual”, categoria diagnóstica construída com base na ideia de patologia e que é, posteriormente, reproduzida pela bioética e pelo direito.

2.4. A reprodução da categoria diagnóstica “transexual verdadeiro” pelos domínios da Medicina, da Bioética e do Direito

A partir da retrospectiva histórica de Castel (2001, p. 80), depreende-se que na primeira fase da cronologia do “fenômeno transexual” as práticas transexuais deixaram de ser consideradas “ilícitas” ou “meramente imorais”, para serem admitidas como “condutas desviantes e compulsivas”, produto de uma patologia identificada pela sexologia, similarmente ao entendido por Magnus Hirschfeld na utilização da categoria “transexual psíquico”. Esse entendimento foi posteriormente reforçado pelas constatações do “behaviorismo endocrinológico”, característico da segunda fase, e pela conjugação da endocrinologia com a sociologia, peculiar à terceira fase.

Ademais, houve a incorporação e desenvolvimento das ideias de Robert Stoller e Harry Benjamin sobre o “transexual verdadeiro”, sedimentando a categoria diagnóstica do “transexual verdadeiro” e contribuindo para a construção de um diagnóstico de transexualidade com pretensões de certeza, segurança e resultados inequívocos e exitosos. Daí a ampla aceitação, difusão e reiteração desta categoria e de suas premissas fundamentais, indo ao encontro da tendência à expansão dos protocolos médicos do “transexualismo” pelo mundo. Reforçando, sabe-se que muito do que foi produzido por esses autores, especialmente em relação a características definidoras, constitui a base das atuais versões dos manuais internacionais de transtornos mentais atuais, tais como o DSM-V e o CID 10.

Contudo, não basta apenas revisitar as formações históricas que possibilitaram a emergência e consolidação do dispositivo da transexualidade, e analisar suas atualizações e suas diversas configurações nos manuais diagnósticos, como bem expõe Fátima Lima (2014a, p. 43):

não basta inquirir como os modos de vida trans podem se fazer representar mais plenamente na linguagem, na política e no jurídico. É preciso compreender como as identidades trans são produzidas e reprimidas pelas mesmas estruturas de poder nas quais busca emancipação (LIMA, 2014a, p. 43)

Urge, portanto, na análise das estratégias envolvidas no dispositivo da transexualidade, aprofundar a ideia de que, no âmbito do próprio dispositivo, as linhas de força estão em constantes disputas, produzindo regimes discursivos e práticos baseados em uma situação de exclusão da população trans. Cabe, então, por se tratar da apropriação da sexualidade pelo discurso médico-científico, que se estude como esse dispositivo da transexualidade reproduz a categoria diagnóstica do “transexual verdadeiro” no domínio da Medicina, da Bioética e do Direito e quais as consequências percebidas pelas pessoas trans em razão dessa reprodução.

De fato, conforme atestado quando da cronologia do “fenômeno transexual”, verifica-se que a compreensão da transexualidade como uma patologia, justifica sua medicalização e

constitui-se em um dispositivo da sexualidade, tornando a demanda transexual digna de interesse da Medicina, da Bioética e do Direito. E, de acordo com a observação de Miriam Ventura (2010, p. 27), “sexo/sexualidade continua sendo considerado um bem de interesse público, anexado pela biopolítica e pelo biopoder aos domínios do saber-fazer da medicina e do direito” (VENTURA, 2010, p. 27), o que implica que estes acabam por estabelecer os limites e as possibilidades de uso e disposição desse bem.

De modo a traçar essa crítica, é preciso compreender, em primeiro lugar, o papel da Medicina envolvido na construção do “fenômeno transexual”. Do ponto de vista da saúde coletiva, Márcia Arán (2006, p. 52) questiona que, desde o século XIX, o discurso da Medicina, fundamentado na heteronormatividade e no binarismo de gênero, vem normatizando as condutas sexuais e as expressões da masculinidade e da feminilidade em parâmetros de saúde e de normalidade, assim como de doença e de anormalidade. Assentada em uma lógica heteronormativa e binária, a Medicina começou a investigar a sexualidade e diagnosticar as sexualidades desviantes, criando as categorias de “desvios sexuais” e taxando-as como patologias, aberrações, anormalidades.

Sendo assim, o discurso médico, formado precipuamente por noções heteronormativas e binaristas de gênero e da sexualidade, encontra no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) um espaço propício para consolidar e reproduzir os seus discursos heteronormativos. Conforme abordado anteriormente na cronologia do “fenômeno transexual”, a historiografia da apropriação das vivências trans pelo discurso médico-científico e pelos manuais diagnósticos internacionais nos mostra que estes foram os meios que o discurso médico encontrou para normatizar as sexualidades e controlar os sujeitos desviantes.

Incontestavelmente, no âmbito dos serviços de saúde, a consolidação do discurso médico heteronormativo e binário nos protocolos diagnósticos acaba por transformá-los em um dispositivo que estigmatiza e violenta as pessoas que fogem da heteronormatividade e do binarismo de gênero. Se, por um lado, a compilação do fenômeno da transexualidade em uma nosografia médica e psiquiátrica permite o reconhecimento de direitos à saúde para as pessoas transexuais, por outro, ela gera efeitos danosos para esses beneficiários dos serviços de saúde. Judith Butler (2009, p. 96) analisa que esta situação “(...) pode ter efeitos diversos, mas um deles pode se tornar – em particular nas mãos do que são transfóbicos – um instrumento de patologização” (BUTLER, 2009, p.96).

No mesmo sentido, Tom Reucher (2005, p. 163), em seu artigo “*Quand les trans deviennent experts*”, denuncia que as ciências *psi* (psiquiatria, psicologia e psicanálise), principalmente a Medicina, vêm se apropriando das questões trans, produzindo discursos transfóbicos, sexistas e heteronormativos que não conseguem expressar a complexidade do fenômeno, produzindo, por muitas vezes, uma situação de violação dos direitos humanos das pessoas trans. Sobre essa reprodução de discursos transfóbicos pelos saberes *psi* e médicos, Fátima Lima (2014a, p. 44) assevera:

Assim, como desnaturalizar os gêneros e as identidades trans é uma urgência, desnaturalizar os comportamentos transfóbicos é uma emergência, pois no âmbito social, no jogo das práticas sociais, poderemos encontrar as possibilidades de subvertê-los (LIMA, 2014a, p. 44)

Para Fátima Lima (2014a, p. 44), tanto a Medicina quanto as ciências *psi* são campos de saberes historicamente determinantes para as mudanças conceituais e procedimentais do Direito. Os saberes e as decisões jurídicas sempre buscam argumentos científicos na Medicina e nas ciências *psi* para se embasarem e se legitimarem. Pelo fato de o discurso médico-científico ser um reprodutor de discursos transfóbicos e heteronormativos, é que essas formas de controle expresso em discursos e práticas institucionalizadas pelo Direito, como ideias e ações transfóbicas são muitas vezes disseminadas silenciosamente, razão pela qual também se faz necessária a análise de como o Direito reproduz a categoria diagnóstica do “transsexual verdadeiro”.

A relação entre o direito, entendido como ordenamento jurídico, e a sexualidade não é novidade, conforme ensina Roger Raupp Rios (2005, p. 2). O autor defende que, tradicionalmente, o direito estatal foi produzido como instrumento de reforço e de conservação dos padrões morais sexuais majoritários e dominantes, atuando na confirmação de determinadas relações e práticas sexuais hegemônicas. Exemplos disto são as diversas ingerências do Direito na normatização da sexualidade, tais como a consagração da família nuclear pequeno-burguesa, as atribuições de direitos e deveres sexuais entre os cônjuges e a criminalização de atos homossexuais.

Nas palavras de Miriam Ventura (2010, p. 33), existe uma estratégia “naturalizadora” do Direito que, quando precisa intervir nas questões relacionadas às ciências da vida, busca definir-se partindo do saber médico como se este fosse uma “verdade inquestionável e imutável”, estabelecendo uma relação direta e imediata entre linguagem médica e jurídica. Essa opção metodológica do Direito em “naturalizar” os saberes médicos “visa justificar a incidência de tais ou quais normas por meio de uma suposta naturalidade que oculta a opção

política que a sustenta” (VENTURA, 2010, p. 33). Fátima Lima (2014a, p. 44), ao analisar essa relação direta entre os domínios médicos e jurídicos do conhecimento, é assertiva ao afirmar que “O Direito, a Medicina, a Psiquiatria e algumas vertentes de saberes “psi”, enquanto campos biopolíticos têm contribuído na produção de ideias e práticas que contraditoriamente podem produzir a inclusão como pode produzir violências” (LIMA, 2014a, p. 44).

Especificamente sobre esse processo paradoxal, depara-se com um jogo de “inclusão” e de “controle”, ou ainda, uma suposta “inclusão por meio do controle”, circunstância que tem se tornado cada vez mais manifesta na atualidade. Nesse ponto, Butler (2003, p. 19) lembra que o poder jurídico produz inevitavelmente o que ele alega meramente representar, pois “a lei produz e depois oculta a noção de sujeito perante a lei, de modo a invocar essa formação discursiva como premissa básica natural que legitima, subsequentemente, a própria hegemonia reguladora da lei” (BUTLER, 2003, p.19).

Isso se estabelece devido ao Direito se apresentar como um outro braço da biopolítica na contemporaneidade, pois o crescente processo de judicialização da vida produz uma regulação cada vez maior dos sujeitos, sexos, corpos e desejos. Para Fátima Lima (2014a, p. 43), esse processo de judicialização é guiado pela intenção de “ajustar” os sujeitos e os grupos “desviantes” às normas estabelecidas e proteger a sociedade de um conjunto de alteridades que se caracterizam como as “novas” expressões de periculosidades. A norma estabelecida pela biopolítica e reproduzida pela Medicina e pelo Direito passa, segundo Miriam Ventura (2010, p. 40):

a converter o sentido contemporâneo de direito à saúde – como o direito de alcançar um completo bem-estar pessoal, físico e social – para um dever de saúde – a imposição de ser saudável -, entendido aqui como o dever de adequação à norma social dominante, com sérias repercussões sobre a saúde integral e os direitos de cidadania da pessoa transexual (VENTURA, 2010, p. 40)

Na concepção da referida autora, o tratamento dispensado à pessoa transexual pela Medicina e pelo Direito revela, em alguns aspectos, os efeitos negativos mencionados anteriormente, à proporção que as limitações à autonomia das pessoas transexuais, ou mesmo as intervenções dos dois campos supracitados na escolha da pessoa transexual, não estão devidamente justificadas, considerando-se os critérios éticos e legais estabelecidos, no âmbito dos direitos humanos, pelas sociedades democráticas e pluralistas. Essa situação confirma o posicionamento de Miriam Ventura (2010, p. 32), no sentido que o Direito, a Bioética e a Saúde Pública são os principais instrumentos de formação e disseminação da biopolítica e do biopoder.

Em razão disso, cabe ainda investigar como o domínio da Bioética se torna um espaço de produção de desigualdades de gênero e analisar a forma como esse campo do saber reproduz a categoria diagnóstica do “transexual verdadeiro” e exclui a diversidade das vivências trans ao perpetuar a biopolítica e o biopoder. Miriam Ventura (2010, p. 40) denuncia os efeitos negativos da biopolítica e do biopoder no campo da Bioética, e ressalta que eles não expressam necessariamente os interesses da coletividade, mas interesses próprios, até mesmo contrários à coletividade e, em relação às pessoas transexuais, “a restrição à autonomia individual, nesse sentido, se apresenta como estratégia de dominação, e não de proteção, da pessoa ou da coletividade” (VENTURA, 2010, p. 40).

Segundo as lições de Manti (2002), embora bioética seja uma disciplina autônoma e pareça estar desvinculada da biopolítica e do biopoder, ela também se apresenta como um braço desses dois campos, por ambos tratarem de aspectos comuns da dimensão política da autonomia das pessoas frente à intervenção sobre os corpos. Nessa mesma linha, Carolina Grant (2015, p. 44/45) argui que:

Em síntese, é possível afirmar que, de modo geral, a Bioética acolheu o paradigma médico desenvolvido em torno da transexualidade e o perpetuou. Em síntese, é possível afirmar que, de modo geral, a Bioética acolheu o paradigma médico desenvolvido em torno da transexualidade e o perpetuou (GRANT, 2015, p. 44/45)

Convém investigar também as consequências percebidas pelas pessoas trans em decorrência da reprodução da categoria diagnóstica do “transexual verdadeiro” pelos domínios da Medicina, da Bioética e do Direito. Em um contexto nacional, no qual se aplicam e reproduzem as normas sedimentadas pelos manuais diagnósticos internacionais, as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), no que diz respeito ao acesso das pessoas transexuais ao protocolo Transexualizador, podem ser vistas tanto como uma expressão positiva quanto negativa da biopolítica.

A dimensão positiva seria o estabelecimento de diversos cuidados para a prática médica, com o fim de evitar danos irreversíveis aos pacientes, ao passo que a dimensão negativa seria a restrição à autonomia da pessoa transexual, quando esta é excluída do acesso aos direitos à saúde mediante a autorização de transformações corporais somente ao “transexual verdadeiro”, desconsiderando assim as outras “transexualidades”, conforme defende Berenice Bento (2006, p. 157).

No que concerne às pessoas trans que se amoldam à categoria diagnóstica de “transexual verdadeiro”, a estas é garantida a cirurgia transgenitalizadora pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nota-se, nesse caso, um esforço de especificação da sexualidade pelo viés

biológico, isto é, as “transexualidades” seriam fenômenos que incomodam o poder por afrontar paradigmas impostos ao gênero a partir de uma matriz heterossexual. O que borra as categorias de gênero dominantes incomoda e, para as pessoas transexuais, é preciso achar um modo de voltarem a ser inteligíveis, razão pela qual se impõe a cirurgia transgenitalizadora. Para entender mais a fundo o conceito de gêneros inteligíveis, Butler (2003, p. 38) ensina:

Gêneros “inteligíveis” são aqueles que, em certo sentido, instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. Em outras palavras, os espectros de descontinuidade e incoerência, eles próprios só concebíveis em relação a normas existentes de continuidade e coerência, são constantemente proibidos e produzidos pelas próprias leis que buscam estabelecer linhas causais ou expressivas de ligação entre o sexo biológico, o gênero culturalmente constituído e a “expressão” ou “efeito” de ambos na manifestação do desejo sexual por meio da prática sexual (BUTLER, 2003, p. 38)

Dessa forma, num contexto de matriz heterossexual, para um indivíduo ser “inteligível” dentro de sua cultura, é preciso manter um conjunto de relações de coerência e continuidade em diversos aspectos, pois, fora dessa “inteligibilidade da existência” ficam todos os sujeitos que ultrapassem os limites dessa continuidade. Em decorrência disso, os corpos existentes, ou seja, os que possuem legitimidade para uma existência cultural, acabam sendo os corpos heterossexuais, enquanto os outros corpos, que fogem dos limites estabelecidos para compreensão de um corpo como corpo, configuram corpos instáveis e problemáticos, ou seja, abjetos.

Então, para as pessoas transexuais, enquanto indivíduos que desafiam a inteligibilidade do gênero, por não caber punições previstas em lei, resta confrontar o biopoder e seus mais variados campos de expressão, como o Direito, a Bioética, a Saúde Pública e a Medicina, que objetivam assegurar um modo hegemônico de existência a esses indivíduos considerados pela sociedade como desviantes. Aos “transexuais verdadeiros” é preciso se readequarem, mudando a genitália, para que o gênero volte a ser inteligível. Entretanto, esse raciocínio acaba reforçando segmentações e discriminações, principalmente em relação a quem não se enquadra nesse diagnóstico diferenciado de “transexual verdadeiro”, tais como as travestis e pessoas trans não binárias.

Conclui-se, a partir dos argumentos trazidos nessa segunda parte da dissertação, que a produção dos discursos medico-científicos sobre a transexualidade e a criação de categorias diagnósticas da transexualidade em manuais diagnósticos internacionais são mecanismos do dispositivo da transexualidade, cuja estratégia é conformar as pessoas trans aos padrões de inteligibilidade social e controlar aqueles corpos que desafiam a matriz heterossexual. Na perspectiva de um dispositivo da transexualidade, ocorre a reprodução da categoria

diagnóstica do “transexual verdadeiro” pelos vários braços do biopoder e da biopolítica, como os domínios da Medicina, do Direito e da Bioética, respaldando assim modelos de atenção à saúde transfóbicos cuja regulação de sexualidade se dá sob uma abordagem heteronormativa e binária e restringe significativamente o acesso aos direitos à saúde.

3. ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE TRANS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A DESPATOLOGIZAÇÃO DAS VIVÊNCIAS TRANS

Nesta terceira parte da pesquisa, intitulada “Atenção integral à saúde trans no Sistema Único de Saúde e a despatologização das vivências trans”, realizar-se-á um estudo da efetivação das políticas públicas voltadas para a saúde integral da população brasileira trans no âmbito do Sistema Único de Saúde, mediante a análise de como são reconhecidos os direitos à saúde para esse segmento. E, a partir do estudo de normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Ministério da Saúde (MS) que regulam o Processo Transexualizador, será possível demonstrar como se reproduz um paradigma de “transexual verdadeiro” em detrimento da diversidade de vivências trans, o qual é responsável por instituir um cenário de exclusão social das variadas vivências de identidade de gênero.

Em seguida, apresentar-se-ão os principais resultados obtidos com a pesquisa de campo realizada a partir da entrevista de pessoas trans usuárias do Protocolo Transexualizador, política oferecida à comunidade trans por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Estado do Pará, aqui chamado Ambulatório TT. Dessa forma, a partir da análise do discurso dos entrevistados acerca de suas trajetórias e experiências na utilização do Protocolo Transexualizador, abordar-se-ão pontos como: trajetória dos sujeitos de pesquisa enquanto pessoas trans; contexto social no qual estão inseridos e os desafios e particularidades concernentes à sua vivência; experiências dos usuários do Protocolo Transexualizador no âmbito no Ambulatório TT; dinâmicas excludentes das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde; críticas em relação à existência do diagnóstico no Protocolo Transexualizador.

Ainda, com o propósito de entender a razão de o diagnóstico de gênero e a figura do “transexual verdadeiro” ainda encontrarem guarida em nossas políticas de Estado, evidenciar-se-ão os principais argumentos que sustentam a posição hegemônica da patologização das vivências trans em nossa sociedade. Então, com base nas teorias desenvolvidas por Berenice Bento (2010) e Berenice Bento e Larissa Pelúcio (2012) acerca dos argumentos em prol da manutenção do diagnóstico de gênero, serão analisados os argumentos da “diferença natural entre os gêneros”, da “visão suicidógena”, da “autoridade científica” e das “concessões estratégicas” e expostos contra-argumentos que permitam a desconstrução desse discurso patologizante. Enfatiza-se que essa análise será complementada e ilustrada com excertos das entrevistas dos usuários do Protocolo Transexualizador do Sistema Único de Saúde.

Como último procedimento, serão elucidadas as nuances do modelo de inclusão social chamado de despatologização das vivências trans, com base no estudo do movimento internacional e nacional envolvido na luta pelo fim do diagnóstico de gênero e pela despatologização da transexualidade e demais vivências de identidade de gênero. Ainda, a discussão aqui traçada culminará na análise da viabilidade da aplicação desse modelo de despatologização das vivências trans em nosso país e a forma como ele impactaria os direitos à saúde, já reconhecidos às pessoas trans pelo Sistema Único de Saúde, com o intuito de responder à indagação principal desta pesquisa.

3.1.A efetivação de políticas públicas voltadas à saúde integral da população brasileira trans no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro

Nesta terceira parte da pesquisa, a fim de demonstrar a configuração atual das políticas públicas de saúde voltadas às necessidades das populações travestis e transexuais e de contextualizar a proposta de despatologização do gênero, faz-se necessário pontuar primeiramente a evolução das normativas que se fizeram presentes em âmbito federal direcionadas para a saúde integral da população trans. Intenciona-se, portanto, a partir dessa discussão, descrever o cenário no qual os debates sobre as tecnologias médicas direcionadas à atenção integral à saúde trans passaram a ser pauta da agenda política no Brasil, desde a descriminalização das cirurgias de readequação genital até a construção dos parâmetros normativos diagnósticos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), ou seja, a patologização do “fenômeno transexual” e institucionalização do Processo Transexualizador do SUS.

Como verificado no segundo capítulo deste trabalho, Castel (2001, p. 80), ao historiografar a cronologia do “fenômeno transexual”, apontou que as primeiras cirurgias transgenitalizadoras remontam ao ano de 1912, quando, Eugen Steinach, aluno de Magnus Hirschfeld, realizou um implante de ovários em um indivíduo do sexo masculino, e, ao de 1921, quando, o cirurgião Felix Abraham realizou a cirurgia transgenitalizadora em primeira pessoa efetivamente considerada um “transexual redefinido”, Rudolf. Além disso, não se pode olvidar a realização da cirurgia de redesignação sexual de Christine Jorgensen, primeira cirurgia de transgenitalização amplamente midiaticizada. Assim, tem-se com a cirurgia de Christine Jorgensen, no ano de 1952, pela equipe do cirurgião dinamarquês Christian Hamburger, um marco midiático que ultrapassou os espaços medicalizados e os meios científicos.

Em se tratando da evolução do “fenômeno transexual” no contexto brasileiro, a tecnologia cirúrgica relacionada à reconstituição da genitália em casos de “mudança de sexo”

ou, do ponto de vista técnico, de “redesignação sexual”, chegou ao Brasil na década de 1970, considerando que a questão da transexualidade virou notícia na comunidade médica em virtude da primeira cirurgia de transgenitalização realizada em solo brasileiro, efetuada pelo cirurgião-médico Roberto Farina no ano de 1971, no Hospital Oswaldo Cruz da cidade de São Paulo, sem autorização judicial, mas com o consentimento de sua paciente, Waldirene Nogueira. O fato ganhou destaque não somente pela inovação centrada na realização de uma cirurgia de transgenitalização em nosso país, mas principalmente pelas proporções jurídicas em que o fato se inseriu, e, conseqüentemente, gerou uma complexa discussão ético-jurídica acerca dos procedimentos médicos e trâmites jurídicos envolvidos na questão.

A autora Ana Paula Peres (2001, p. 163) relembra que a cirurgia de transgenitalização “já foi considerada por muitos opositores como mutilante, ou ‘demolatória’, expressão utilizada pela doutrina italiana, o que em muito prejudicou o reconhecimento da legalidade de sua realização” (PERES, 2001, p. 163), haja vista o IV Congresso Brasileiro de Medicina Legal ter classificado o procedimento médico de vaginoplastia como mutilador no ano de 1974. Por implicar uma castração cirúrgica, a oblação dos órgãos reprodutores e a esterilidade são algumas das conseqüências da transgenitalização, razão pela qual muito se discutiu acerca da tipificação da cirurgia de adequação de sexo como lesão corporal em nosso país, crime previsto no art. 129 do Código Penal Brasileiro.

Além disso, o cirurgião Roberto Farina exibiu, no XV Congresso de Urologia, ocorrido em 1975, um vídeo da cirurgia realizada na paciente Waldirene em 1974, e afirmou haver executado o procedimento supracitado em nove outros pacientes. Por sua vez, também em 1975, Waldirene entrou com o pedido de retificação do seu registro civil, para adequar seu nome e sexo civis à sua nova condição, em face do êxito da cirurgia, pleito que foi negado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo. Na época, o caso chamou a atenção pelo fato de o médico ter realizado um procedimento cirúrgico que aparentemente não tinha respaldo normativo e, sobretudo, por ser considerado pela própria comunidade médica como condenável.

Diante dessa situação, o Ministério Público do Estado de São Paulo (MPE/SP) denunciou o cirurgião e atribuiu-lhe a prática delitiva consubstanciada no art. 129, §2º, III, do Código Penal (crime de lesão corporal de natureza gravíssima), uma vez que o *parquet* entendeu a ablação do pênis para construção de uma vagina como conduta apta a configurar a hipótese de ofensiva inutilização de membro plenamente funcional (do ponto de vista biológico ou orgânico), de modo a incapacitar a suposta vítima para o exercício e usufruto da alegada como imprescindível e elementar função reprodutiva (já que, por outro lado, a sexual estaria

resguardada). Em 1978, Roberto Farina foi condenado pelo Juízo da 17ª Vara Criminal à pena de dois anos de reclusão pelo delito que lhe fora imputado. Apenas em sede de apelação, em 1979, é que foi absolvido, por maioria dos votos, em decisão da 5ª Câmara do Tribunal da Alçada Criminal de São Paulo (TACRIM).

Cabe esclarecer também que, durante o período compreendido entre 1970 e 1990, perpetuaram-se as acusações implicando ética médica e possíveis condenações criminais em relação aos profissionais da área de saúde envolvidos com os casos de pessoas interessadas em se submeterem ao tipo de prática acima mencionada. Citam-se, como exemplos mais recentes, as acusações éticas e jurídicas feitas contra o cirurgião Antônio Lino de Araújo, em razão da realização, no ano de 1995, de uma cirurgia de vaginoplastia, no Hospital Regional da Asa Norte, em Brasília, tendo sido absolvido pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) em 1996, em sede de processo ético-profissional, cuja sentença acarretou no arquivamento do processo de acusação de lesão corporal no Judiciário.

Apesar de essa posição criminalizadora da cirurgia de transgenitalização ter sido superada pela doutrina jurídica⁵³ e pelo próprio entendimento dos tribunais, com a compreensão de que o médico cirurgião que realiza a cirurgia transgenitalizadora não comete um ilícito penal e nem age com dolo de agressão à saúde do paciente transexual, as pessoas trans passaram a costumeiramente ter que recorrer à via judicial para obter, previamente, a autorização necessária para a transgenitalização, em sede de jurisdição voluntária, pois não havia normativas para regulamentar a realização dessas cirurgias.

Até o ano de 1997, as demandas de atenção à saúde das pessoas transexuais no Brasil continuaram recebendo pouca – ou ainda, nenhuma - atenção do Sistema Único de Saúde. Como visto anteriormente, uma das principais demandas da população trans na área da saúde, nomeadamente a cirurgia de transgenitalização, era até então criminalizada e vedada pelo Código de Ética Médica brasileiro e sua realização justificava a cassação do direito de exercer

⁵³ Acerca da criminalização dos cirurgiões que realizam cirurgia transgenitalizadora, o penalista Guilherme de Souza Nucci (2009, p. 656) manifesta o seguinte entendimento: “Pode-se absolver o médico por atipicidade material – ausência de lesão ao bem jurídico protegido, tendo em vista que o delito do art. 129, nas suas variadas formas, tem por finalidade resguardar a lesão corporal desastrosa para a vítima e não a sua melhoria ou aprimoramento físico e mental (...). Portanto, havendo ou não consciência da ilicitude por parte do médico, o certo é que a vítima deu seu aval, crendo ser o melhor para sua pessoa. Assim, seu consentimento pode ser válido, pois não atentatório à moral e aos bons costumes. Por uma forma ou outra, a solução de absolvição é a forma mais acertada” (NUCCI, 2009, p. 656). No mesmo sentido, defendendo a absolvição do médico-cirurgião por ausência de dolo, se posiciona Fernando Capez (2008, p. 145): “discute-se acerca da possibilidade de intervenções cirúrgicas para mudança de sexo, pois implica mutilação dos órgãos genitais externos do transexual. Portanto, em tese, constituiria lesão corporal gravíssima (§2º, IV). Tem-se admitido nessa hipótese a cirurgia desde que tenha por escopo corrigir desajustamento psíquico, tratando-se, pois, de procedimento curativo. Há, assim, na espécie, não o dolo de lesionar, mas a intenção de diminuir o sofrimento psíquico de indivíduo. O fato, portanto, é atípico” (CAPEZ, 2008, p. 145).

a medicina, podendo levar à prisão. Essa problemática apenas foi sanada pelas normativas expedidas pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Ministério da Saúde que advieram nas décadas seguintes, ao disciplinarem os procedimentos terapêuticos direcionados para a saúde trans no Brasil.

3.1.1. A normatização das vivências trans no Brasil: análise da evolução das Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM)

O processo de legalização dos procedimentos terapêuticos e cirúrgicos em pessoas trans foi longo e conturbado, sendo o Conselho Federal de Medicina - CFM o primeiro órgão a emitir normativa específica para o seguimento transexual, a **RESOLUÇÃO 1.482/97**⁵⁴, que aprovava e regulamentava a realização das cirurgias de transgenitalização, “considerando ser o paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ou autoextermínio”. A seguir, apresentam-se trechos dessa Resolução considerados pertinentes à discussão aqui traçada:

O Conselho Federal de Medicina (...)

CONSIDERANDO ser o paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ou autoextermínio;

CONSIDERANDO que a cirurgia de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários não constitui crime de mutilação previsto no artigo 129 do Código Penal, visto que tem o propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo psíquico;

CONSIDERANDO a viabilidade técnica para as cirurgias de neocolpovulvoplastia e ou neofaloplastia;

CONSIDERANDO o que dispõe o artigo 199 da Constituição Federal, parágrafo quarto, que trata da remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como o fato de que a transformação da genitália constitui a etapa mais importante no tratamento de transexualismo;

RESOLVE:

1. Autorizar, 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;

2. A definição de transexualismo obedecerá, no mínimo, aos critérios abaixo enumerados:

⁵⁴ Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482_1997.htm. Acesso em: 05/01/2017.

- desconforto com o sexo anatômico natural;
- desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
- permanência desse distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
- ausência de outros transtornos mentais.

3. A seleção dos pacientes para cirurgia de transgenitalismo obedecerá a avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico-psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social, obedecendo aos critérios abaixo definidos, após dois anos de acompanhamento conjunto:

- diagnóstico médico de transexualismo;
- maior de 21 (vinte e um) anos;
- ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia;

4. As cirurgias só poderão ser praticadas em hospitais universitários ou hospitais públicos adequados à pesquisa

Portanto, a partir da leitura da Resolução 1.482/97, contata-se, primeiramente, que a cirurgia transgenitalizadora foi reconhecida enquanto prática terapêutica, entretanto, não deveria ser aplicada à tipificação de lesão corporal presente no artigo 129 do Código Penal. Esse entendimento sedimentado pela Resolução citada põe um fim a uma longa discussão acerca da criminalização da cirurgia de transgenitalização, sendo a mesma considerada o marco normativo dessa “descriminalização”. Convém lembrar que o Judiciário já havia decidido pela não tipificação da cirurgia transgenitalizadora como lesão corporal, conforme relatado anteriormente no caso do médico Roberto Farina.

De acordo com Miriam Ventura (2007, p. 79), a importância normativa da referida resolução, apesar de sua aplicação ser limitada aos profissionais e instituições da área da saúde, dá-se pelo seu alcance concreto em face da lacuna existente no Legislativo no que tange ao tema aqui discutido. Dessa forma, segundo a referida autora, a edição da Resolução 1.482/97 implicou medidas as quais:

acabam por estabelecer os limites e as possibilidades de aplicação de novos recursos tecnológicos e científicos no âmbito da saúde, até que lei federal regule o tema, como o fez em relação à reprodução assistida e à cirurgia de transgenitalização, e, dessa forma, interfere diretamente no acesso das pessoas a essas práticas médicas. (VENTURA, 2007, p. 79)

Além disso, com base na definição de transexualidade e nos requisitos para seu reconhecimento, percebe-se que essa concepção de as pessoas transexuais serem propensas à automutilação e ao suicídio enquanto justificativa para a realização das cirurgias de transgenitalização seguiu o paradigma patologizante consolidados e reproduzidos pelos manuais internacionais de diagnóstico. Ainda acerca da Resolução 1.482/97, é importante evidenciar a crítica que Jesús (2013, p. 61) faz a ela, ao explicitar que “a cirurgia é vista como

principal etapa do tratamento. Um fato curioso é a exigência da idade mínima de 21 anos, tendo em vista que a maioridade civil é de 18 anos” (JESÚS, 2013, p. 61).

A resolução supracitada vigorou até o ano de 2002, quando foi revogada pela **RESOLUÇÃO 1.652/2002**⁵⁵ do Conselho Federal de Medicina, que trouxe algumas alterações normativas do tema, ao considerar os avanços dos resultados nas cirurgias realizadas em mulheres transexuais e as dificuldades técnicas ainda presentes nas cirurgias em homens transexuais:

O Conselho Federal de Medicina (...)

CONSIDERANDO que o diagnóstico, a indicação, as terapêuticas prévias, as cirurgias e o prolongado acompanhamento pós-operatório são atos médicos em sua essência;

RESOLVE:

Art.1º. Autorizar a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo.

Art. 2º Autorizar, ainda a título experimental, a realização de cirurgia do tipo neofaloplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo.

(...)

Art. 5º Que as cirurgias para adequação do fenótipo feminino para masculino só poderão ser praticadas em hospitais universitários ou hospitais públicos adequados para a pesquisa.

Art. 6º Que as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para feminino poderão ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independente da atividade de pesquisa.

(...)

Parágrafo 3º - A qualquer ocasião, a falta de um dos membros da equipe ensejará a paralisação de permissão para a execução dos tratamentos

Essa resolução, além de retirar o caráter experimental das cirurgias em mulheres transexuais, autorizou, mesmo a título experimental, a realização de cirurgias do tipo neofaloplastia para os homens transexuais. Cabe ainda ressaltar que foi autorizada a realização da neofaloplastia independente de atividade de pesquisa, tanto por hospitais de rede pública, quanto por hospitais privados. Desse modo, a partir da Resolução 1.652/2002, a cirurgia transgenitalizadora foi reconhecida como prática terapêutica aplicável aos homens

55 Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1652_2002.htm. Acesso em: 05/01/2017.

trans, permitindo a sua realização a título experimental, sanando assim a lacuna que ainda havia na regulamentação de procedimentos terapêuticos para pessoas trans.

Por fim, no ano de 2010, a Resolução 1.652/2002 do CFM foi atualizada pela **RESOLUÇÃO 1.955/2010**⁵⁶ do Conselho Federal de Medicina, normativa esta que vigora até os dias de hoje:

O Conselho Federal De Medicina (...)

CONSIDERANDO ser o paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio;

(...)

RESOLVE:

Art. 1º Autorizar a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo.

Art. 2º Autorizar, ainda a título experimental, a realização de cirurgia do tipo neofaloplastia.

Art. 3º Que a definição de transexualismo obedecerá, no mínimo, aos critérios abaixo enumerados:

- 1) Desconforto com o sexo anatômico natural;
- 2) Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
- 3) Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
- 4) Ausência de outros transtornos mentais. (Onde se lê “Ausência de outros transtornos mentais”, leia-se “Ausência de transtornos mentais”)

Art. 4º Que a seleção dos pacientes para cirurgia de transgenitalismo obedecerá a avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, obedecendo os critérios a seguir definidos, após, no mínimo, dois anos de acompanhamento conjunto:

- 1) Diagnóstico médico de transgenitalismo;
- 2) Maior de 21 (vinte e um) anos;
- 3) Ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia

Como pode ser constatado, a partir da Resolução 1652/2002, o CFM não mais considerou os procedimentos de retiradas de mamas (mastectomia) e retirada de ovários e útero (histerectomia) em homens transexuais como de caráter experimental. Portanto, a realização desses procedimentos biotecnológicos passou a ser autorizada a qualquer hospital da rede pública ou privada que esteja de acordo com as recomendações do CFM. Entretanto, na

⁵⁶ Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm. Acesso em: 05/01/2017.

ocasião, o tratamento de neofaloplastia não foi liberado e permaneceu em caráter experimental.

Apesar da ampliação de direitos verificada pela edição da resolução em apreço, a autora Miriam Ventura (2007, p. 80) faz uma crítica pertinente à formalidade da normativa, pois, embora o entendimento majoritário seja pela legitimidade da competência do CFM para disciplinar a prática médica no país:

As Resoluções do CFM não são os instrumentos normativos adequado para tratarem o tema, considerando que a Constituição Federal Brasileira (art. 199) exige que as condições e os requisitos para remoção de órgãos para fins de tratamento sejam regulamentados por lei federal (VENTURA, 2007, p. 80)

Essa crítica da autora se dá, principalmente, em relação à “fragilidade” que as normativas administrativas possuem comparadas às leis, pois podem ser revogadas e alteradas discricionariamente a qualquer momento, de acordo com os interesses dos agentes públicos que estão a cargo da entidade do Executivo. Entretanto, a edição das normativas administrativas supriu uma omissão do Legislativo no que tange à disciplina legal do acesso das pessoas trans às tecnologias terapêuticas de readequação de gênero.

Sendo assim, de modo a sistematizar a discussão acerca da evolução da normatização do Conselho Federal de Medicina sobre os procedimentos médicos direcionados para a readequação de gênero das pessoas trans, pode-se construir a tabela 4 com a evolução das Resoluções n° 1.482/1997, n° 1.652/2002 e n° 1.955/2010:

Tabela 4 – Evolução das resoluções do Conselho Federal de Medicina

	Resolução n° 1.482/1997	Resolução n° 1.652/2002	Resolução n° 1.955/2010
Procedimento de transgenitalização de neocolpovulvoplastia	Experimental	Autorizado	Autorizado
Procedimento de transgenitalização de neofaloplastia	Experimental	Experimental	Experimental
Procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários	Experimental	Procedimentos em mulheres trans autorizados; Procedimentos em homens trans mantidos como experimentais	Autorizado
Definição do paciente transexual	Portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio	Idem ao anterior	Idem ao anterior

Critérios para definição de “transexualismo”	Desconforto com o sexo anatômico natural; Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; Ausência de outros transtornos mentais	Idem ao anterior	Desconforto com o sexo anatômico natural; Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; Ausência de transtornos mentais.
Requisitos para entrada no programa	Diagnóstico médico de transexualismo; idade mínima de 21 anos; ausência de características físicas inapropriadas à cirurgia	Idem ao anterior	Idem ao anterior
Equipe Multiprofissional	Psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social	Psiquiatra, cirurgião, psicólogo, assistente social e endocrinologista	Idem ao anterior

Fonte: Elaboração própria, 2016

3.1.2. O Protocolo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): análise da evolução das Portarias do Ministério da Saúde (MS)

Após essas análises, convém compreender o Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde. Constata-se que o referido processo se efetivou mediante as Portarias normativas nº 1.707/2008 e nº 457/2008, as quais foram substituídas posteriormente pela Portaria nº 2.803/2013, todas editadas pelo Ministério da Saúde. Esse processo de formulação de políticas públicas de saúde apenas foi viabilizado no âmbito do SUS, haja vista “a judicialização da demanda pela regulamentação e financiamento do procedimento de transgenitalização no SUS, e a abertura institucional do Ministério da Saúde para a participação social na formulação dessa política pública” (LIONÇO, 2009, p. 49).

Segundo Lionço (2009, p. 49), a judicialização da demanda pela regulamentação e financiamento do procedimento de transgenitalização no SUS ocorreu em 2001, quando da Ação Civil Pública nº 2001.71.00.026279-9/RS do Ministério Público Federal para inclusão

dos procedimentos transgenitalizadores na tabela do SUS nos termos da Resolução nº 1482/97⁵⁷ do CFM.

A referida autora relata que a demanda pelo custeio dos procedimentos médico-cirúrgicos com a inclusão desses procedimentos na tabela de pagamento do SUS decorreu da reafirmação da patologização das identidades trans como justificativa, uma vez que “o transexualismo é afirmado como uma doença que requer tratamento médico, sendo a argumentação sustentada no discurso médico, que apresenta a cirurgia reparadora como solução terapêutica” (LIONÇO, 2009, p. 49).

Paralelamente a esse processo de judicialização da demanda relativa à saúde de transexuais, houve a abertura institucional do Ministério da Saúde para a participação social na formulação dessa política pública. No ano de 2004, foi instituído o Comitê Técnico Saúde da População GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) pela Portaria GM nº 2.227, como resposta do setor saúde ao Programa de Governo Brasil sem Homofobia.

Segundo Lionço (2009, p. 51), o Ministério da Saúde, por meio do referido Comitê Técnico, foi o primeiro setor governamental a reconhecer a organização social das pessoas trans e a abrir formalmente um espaço de participação social desse grupo na formulação de políticas públicas. No ano de 2006, o Comitê realizou uma reunião denominada Processo Transexualizador no SUS, marco da incorporação dessa terminologia na discussão sobre saúde de transexuais. Ainda acerca da reunião sobre o Processo Transexualizador, Lionço (2009, p. 51) ressalta que:

enfaticou a necessária despatologização da transexualidade como estratégia de promoção da saúde (...) as cirurgias, portanto, passaram a ser compreendidas como parte ou não do Processo Transexualizador, e a discussão superou o viés medicalizador e correccional para o foco na garantia do direito à saúde integral (LIONÇO, 2009, p. 51)

Posto isso, no ano de 2007, a Terceira Turma do Tribunal Regional Federal da 4ª Região decidiu pelo custeio via SUS das cirurgias de transgenitalização em casos de transexualidade. Diante disso, a Advocacia-Geral da União entrou com pedido de Suspensão de Tutela Antecipada contra essa decisão no Supremo Tribunal Federal. Em dezembro de 2007, a então Ministra do STF Ellen Gracie decidiu pela suspensão da decisão do TRF que havia

⁵⁷ Conforme relembra Tatiana Lionço (2009, p. 49), até o ano de 2002, as cirurgias de transgenitalização eram realizadas no Brasil em caráter experimental, nos termos da Resolução 1.482/97 do CFM, o que facilitava as negativas do Ministério da Saúde em acolher a demanda de realização dessas cirurgias pleiteadas por mulheres trans. Desse modo, justifica-se razão de ter sido necessariamente postulada uma Ação Civil Pública pelo Ministério Público Federal para reconhecimento deste direito para o segmento trans. Após a edição da Resolução 1.652/2002 do CFM, a cirurgia de transgenitalização para mulheres trans deixou de ser entendida como experimental, o que culminou mais tarde com a institucionalização, via judicial, do Processo Transexualizador do SUS.

determinado à União um prazo de 30 dias para tomar todas as medidas necessárias para realização desse procedimento no SUS, e, assim, procederam-se os encaminhamentos administrativos para tal fim.

Dessa forma, a **PORTARIA 1.707/2008**⁵⁸ do Ministério da Saúde instituiu que as cirurgias de transgenitalização passaram a ser custeadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS e criou o Processo Transexualizador, o qual Lionço (2009, p. 44) entende como um conjunto de estratégias de atenção à saúde que consistem num processo de transformação dos caracteres sexuais primários e secundários, com “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, p. 44). Nesse sentido, seguem os trechos da Portaria que são interessantes para a discussão aqui traçada:

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

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

(...)

CONSIDERANDO que o transexualismo trata-se de um desejo de viver e ser aceito na condição de enquanto pessoa do sexo oposto, que em geral vem acompanhado de um mal-estar ou de sentimento de inadaptação por referência a seu próprio sexo anatômico, situações estas que devem ser abordadas dentro da integralidade da atenção à saúde preconizada e a ser prestada pelo SUS;

CONSIDERANDO a Resolução nº 1.652, de 6 de novembro de 2002, do Conselho Federal de Medicina, que dispõe sobre a cirurgia do transgenitalismo;

(...)

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador a ser empreendido em serviços de referência devidamente habilitados à atenção integral à saúde aos indivíduos que dele necessitem, observadas as condições estabelecidas na Resolução nº 1.652, de 6 de novembro de 2002, expedida pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 2º Estabelecer que sejam organizadas e implantadas, de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, as ações para o Processo Transexualizador no âmbito do SUS, permitindo:

58 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html. Acesso em: 05/01/2017.

I - a integralidade da atenção, não restringindo nem centralizando a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização e de demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes;

II - a humanização da atenção, promovendo um atendimento livre de discriminação, inclusive pela sensibilização dos trabalhadores e dos demais usuários do estabelecimento de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana;

III - a fomentação, a coordenação e a execução de projetos estratégicos que visem ao estudo de eficácia, efetividade, custo/benefício e qualidade do processo transexualizador; e

IV - a capacitação, a manutenção e a educação permanente das equipes de saúde em todo o âmbito da atenção, enfocando a promoção da saúde, da primária à quaternária, e interessando os pólos de educação permanente em saúde

A partir da leitura da normativa em questão, observa-se que o Ministério da Saúde se empenhou em formular uma proposta de atendimento às pessoas transexuais com base no reconhecimento de que a identidade de gênero, assim como a orientação sexual, *per se* são fatores determinantes e condicionantes da saúde, além disso, essas pessoas perfazem um grupo que sofre sérias discriminações e violações de direitos. Dessa feita, reitera que um atendimento livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero é um direito de todos os usuários do SUS.

Embora a proposta do Ministério da Saúde para o atendimento de pessoas trans no âmbito do SUS estivesse pautada nos princípios de universalidade, integralidade e equidade de atenção à saúde, a portaria em questão incorporou os mesmos critérios e as condições para o acesso aos tratamentos direcionados para a saúde trans estabelecidos na Resolução 1.652/2002 do Conselho Federal de Medicina. Isso significa que, no texto da Portaria 1.707/2008, as ações e os serviços de saúde foram exclusivamente previstos para mulheres transexuais e, conseqüentemente, impossibilitavam o acesso de travestis e homens trans ao Processo Transexualizador. Esse efeito decorria do fato de a Resolução do CFM regulamentar somente as cirurgias transgenitalizadora em mulheres transexuais, e, em contrapartida, considerar em caráter experimental os procedimentos transgenitalizadores de homens trans sem, ao menos, citar as travestis como possíveis destinatárias de ações em saúde.

Não se pode esquecer de que a Portaria 1.707/2008 somente foi editada pelo Ministério da Saúde como resposta a uma condenação sofrida pela União por meio de Ação Civil Pública perpetrada pelo Ministério Público Federal, o qual pleiteava a inclusão dos procedimentos transgenitalizadores na tabela do SUS. Portanto, era apenas uma resposta pontual do SUS às questões trans, sem a integração de uma rede mais ampliada de cuidados para a população trans. A tarefa de elucidar as lacunas deixadas pela Portaria 1.707/2008 do MS coube à

PORTARIA N° 457/2008⁵⁹, emitida de forma complementar pela Secretaria de Atenção à Saúde, ao definir as regulamentações de tratamento da transexualidade pelo SUS necessárias à plena estruturação e implantação do Processo Transexualizador.

Essa referida normativa do Ministério da Saúde foi uma tentativa de adequação ao Processo Transexualizador, instaurado pela Portaria 1.707/2008, em consequência das críticas e propostas apresentadas por técnicos do Ministério da Saúde, profissionais da rede pública de saúde, pesquisadores acadêmicos e representantes do movimento social organizado. Um dos focos da Portaria n° 457/2008 foi concretizar o princípio de saúde integral, de forma a não reduzir ou centralizar o Processo Transexualizador às cirurgias transgenitalizadoras, tal como se encontrava nas Resoluções do CFM.

Sendo assim, a Portaria n° 457/2008 instaurou um modelo de atenção integral à saúde de pessoas transexuais, ao considerar a pluralidade de descrições da experiência transexual, embora fosse uma iniciativa pontual e excluísse os homens trans e as travestis do Processo. Por isso, critica-se a preponderância do discurso médico-patologizante acerca da transexualidade, ainda tratada como “transexualismo”, em razão da predominância das resoluções do Conselho Federal de Medicina nos textos de ambas as Portarias n° 1.707/2008 e n° 475/2008.

Posteriormente, a Portaria n° 457/2008 foi substituída pela **PORTARIA N° 2.803/2013**⁶⁰ do Ministério da Saúde (em anexo), a qual redefiniu e ampliou o alcance do Processo Transexualizador no SUS, no contexto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). Dessa forma, o Processo Transexualizador passou a ser gerido não mais de forma pontual, mas sim com o intuito de proporcionar a integração de toda a política nacional de saúde.

Nessa proposta, uma das grandes mudanças perpetradas, quando da atualização, foi ampliar o alcance das ações previstas nos programas para os pacientes e, com isso, permitir a realização de procedimentos de adequação corporal também para travestis e homens transexuais, além de atualizar os requisitos para realização de seus procedimentos, ao estabelecer a idade de 18 anos para a hormonioterapia e de 21 anos para cirurgia transgenitalizadora.

No que tange à rede de ações e serviços prevista pela Portaria 2.803/2013, foram previstos no art. 5° da referida normativa os Serviços de Atenção Especializada, que seriam pontos de

59 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html. Acesso em: 05/01/2017.

60 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 05/01/2017.

atenção com diferentes densidades tecnológicas, os quais compreenderiam modalidades de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, todos direcionados para a integralidade do cuidado aos usuários e usuárias do Processo Transexualizador.

Nesse contexto de Serviços de Atenção Especializada, constata-se, no estado do Pará, após forte pressão e mobilização do Movimento LGBT paraense junto ao Ministério da Saúde e, sobretudo, junto à Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA do Governo Estadual, a inauguração do primeiro Ambulatório TT da região norte do Brasil, nos termos das referidas portarias normativas do Ministério da Saúde acerca do Processo Transexualizador.

Sendo assim, do início do ano de 2016 até o momento, o Ambulatório TT do Estado do Pará⁶¹ é um dos seis postos com serviço especializado gratuito no Brasil direcionado para a saúde das pessoas trans e encontra-se situado no Centro de Testagem e Aconselhamento UREDIPE – Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas Parasitárias e Especiais. A sua inauguração foi uma iniciativa das Secretarias de Estado de Saúde Pública (SESPA) e da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos (SEJUDH), em cumprimento à Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, instituída pela portaria nº 2.836/2011.

Com base no que fora trazido à baila acerca das políticas públicas de saúde voltadas para a população trans no âmbito do Sistema Único de Saúde e das mudanças verificadas no Processo Transexualizador pela edição das Portarias nº 1.707/2008 e nº 475/2008 e, posteriormente, da Portaria nº 2.803/2013, pode-se resumir as informações acima expostas na seguinte tabela:

Tabela 5 – Evolução das portarias ministeriais sobre o Processo Transexualizador

	Portaria nº 1.707/2008 Portaria nº 475/2008	Portaria nº 2.803/2013
Pacientes atendidos	Mulheres transexuais	Mulheres transexuais Homens transexuais Travestis
Crítérios para definição de “transexualismo”	Crítérios constantes na Resolução nº 1.665/2002 do CFM	Não informa
Requisitos para realização de terapia hormonal	Ser transexual nos termos da Resolução nº 1.665/2002 do CFM	Idade mínima de 16 anos e diagnóstico de transexualidade no processo transexualizador
Requisitos para realização de cirurgias transgenitalizadoras	Ser transexual nos termos da Resolução nº 1.665/2002 do CFM	Idade mínima de 18 anos e acompanhamento prévio de mínimo de 2 anos, com diagnóstico
Procedimento de	Autorizado	Autorizado

⁶¹ Para maiores informações: <http://www.sejudh.pa.gov.br/sejudh-inaugura-ambulatorio-de-saude-para-travestis-e-transexuais/>. Acesso em: 05/01/2017.

transgenitalização de neocolpovulvoplastia		
Procedimento de transgenitalização de neofaloplastia	Não autorizado	Não autorizado
Procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários	Procedimentos para mulheres trans: retirada de pomo de adão e alongamento de cordas vocais	Procedimentos para mulheres trans e travestis: retirada de pomo de adão e cirurgias complementares Procedimentos para homens trans: mastectomia e histerectomia

Fonte: Elaboração própria, 2016

Após a análise comparativa da evolução das portarias ministeriais sobre o Protocolo Transexualizador, verifica-se que a plena concretização do direito à saúde pelas pessoas trans compreendeu um recente e complexo processo de edição de normativas administrativas do Ministério da Saúde sobre as identidades trans e as tecnologias médico-terapêuticas tidas como necessárias para esse segmento obter a saúde plena, em seus aspectos físico, psicológico e social.

Entretanto, como sustenta Tatiana Lionço (2009, p. 45), a criação e implantação do Protocolo Transexualizador, embora represente um avanço na atenção à saúde de algumas pessoas transexuais, ainda reproduz uma série de discursos e construtos patologizantes das vivências trans. Sendo assim, para a referida autora, embora o Protocolo Transexualizador “seja uma política pública imersa nas políticas de reconhecimento da diversidade sexual, a iniciativa não deixa de estar imersa nos processos de normatização da sexualidade e do gênero” (LIONÇO, 2009, p. 45). Dessa forma, podem ser tecidas diversas críticas a essa política de saúde implementada pelo SUS.

3.1.3. Dinâmicas de exclusão no âmbito da atenção integral à saúde de travestis e transexuais: críticas ao Protocolo Transexualizador

Um dos primeiros aspectos que podem ser apontados como deficientes no Protocolo Transexualizador vêm a ser a utilização das categorias diagnósticas de “transtorno de identidade de gênero” ou de “disforia de gênero” como condição de acesso das pessoas trans aos serviços de saúde. Embora o Protocolo Transexualizador do SUS tenha sido construído com a escuta dos movimentos sociais e tendo como base a despatologização das vivências trans e a superação da perspectiva correcional, o Ministério da Saúde acabou por reproduzir a referência do Conselho Federal de Medicina que vinha sendo feita nas portarias ministeriais

anteriores. Como já observado, as normativas do Conselho Federal de Medicina são profundamente inspiradas nas categorias diagnósticas dos manuais diagnósticos internacionais criadas em torno das vivências trans, utilizando um conceito clássico de “transexualismo” ao definir os requisitos para diagnóstico da transexualidade.

A partir da análise do modelo de política de saúde consubstanciado no Protocolo Transexualizador, Daniela Murta (2011, p. 42) critica o fato de ser insuficiente a afirmação do desejo da modificação corporal pelas pessoas trans, não tendo o usuário autonomia suficiente para garantir o acesso às tecnologias disponíveis no SUS. Pois, para ter acesso aos serviços de saúde direcionados para a saúde integral da pessoa trans, é mandatório que o usuário se submeta a uma avaliação diagnóstica e que comprove estar adequado às condições exigidas pelo Conselho Federal de Medicina para que possa realizar intervenções para alteração do sexo. Miriam Ventura (2007, p. 25) critica a existência desse requisito diagnóstico, por este ferir o princípio da autonomia da pessoa trans e criar uma situação de vulnerabilização, uma vez que a contradição entre esta condição e as normas sociais e morais sexuais vigentes restringem o acesso aos recursos de saúde e essencializam a experiência transexual.

Isso implica que, para ser absorvido pelos serviços de saúde oferecidos pelo SUS mediante o Protocolo Transexualizador, o indivíduo deve preencher os critérios referentes a esse diagnóstico a fim de comprovar sua condição de “transexual verdadeiro”. Como visto na segunda parte desta pesquisa, houve uma construção rígida da concepção de pessoa transexual por parte do discurso médico, com teóricos como Harry Benjamin e Robert Stoller criando a figura do “transexual verdadeiro”. Esse modelo produzido pelo discurso normalizador da medicina encararia não somente a transexualidade como doença, mas imporá inúmeros requisitos “sintomáticos” para reconhecimento da transexualidade, ignorando completamente a noção de transexualidade com base na pluralidade de experiências.

Em seu célebre livro “A experiência transexual”, Berenice Bento (2006) analisa a forma como essa figura do “transexual verdadeiro” foi trazida para as políticas públicas de saúde do nosso Sistema Único de Saúde e como o nosso modelo de atenção à saúde das pessoas foi construído tendo como base essa concepção rígida de transexualidade. O grande mérito de seu trabalho, que objetiva discutir as possibilidades de despatologização das vivências trans, foi tê-lo feito com base nos discursos das próprias pessoas transexuais que participaram de sua pesquisa. Assim, Berenice Bento concluiu, a partir da escuta das narrativas das pessoas trans, que o seu universo de experiências é extremamente diverso e muito distante das definições rígidas do “transexual verdadeiro”.

Em nosso país, o “transexual verdadeiro” seria definido pelo Conselho Federal de Medicina e também perpetuado pelas políticas de saúde do Sistema Único de Saúde. De acordo com as definições “oficiais” da resolução do Conselho Federal de Medicina, o “transexual verdadeiro” caracterizar-se-ia quando a pessoa apresentasse as seguintes características: desconforto com o sexo anatômico natural; desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; ausência de transtornos mentais.

Ao realizar sua pesquisa, Berenice Bento (2006, p. 231) desconstruiu a figura do “transexual verdadeiro” enquanto um transexual universal, apresentando histórias de pessoas transexuais: que não se relacionam igualmente com suas genitálias, inclusive que vivem satisfeitas com seu órgão genital; que não tem aversão total ao seus corpos, cuja auto-imagem corporal é frequentemente positivada; que não fazem a cirurgia motivados fundamentalmente pela sexualidade e, inclusive, que não desejam realizar a cirurgia de transgenitalização. Ou seja, a autora verificou que existe uma diversidade de vivências trans que não seguem o padrão imposto pelo modelo do “transexual verdadeiro” do CFM, muito menos do “transexual verdadeiro” proposto por Robert Stoller e Harry Benjamin.

A singularização do atendimento às pessoas trans encontra-se prevista nas portarias ministeriais do SUS, entretanto, o que impera no Protocolo Transexualizador é a mais pura concepção rígida e universalizante das vivências trans, consubstanciada no referido modelo de “transexual verdadeiro”. Isso significa que a diversidade das vivências trans se encontra apagada em nosso modelo de atenção à saúde, considerando a existência de requisitos diagnósticos rígidos para o reconhecimento da transexualidade que não se coaduna com a riqueza de experiências verificadas na trajetória de vida das pessoas trans. Os requisitos em questão permitem identificar o “transexual verdadeiro” e são avaliados pela junta multidisciplinar e, por fim, atestados, ou não, por um laudo diagnóstico.

Quando da realização do acompanhamento psicoterápico pelo período de dois anos, é feito um acompanhamento de questões específicas da trajetória e da vida das pessoas trans, de forma a certificar que a pessoa é de fato um “transexual verdadeiro”. Sendo assim, na psicoterapia, avaliam-se questões como a aceitação da condição transexual, a adaptação às modificações corporais, as tendências automutiladoras e suicidas, a elaboração de conflitos infantis, o controle da ansiedade pela cirurgia e a angústia pós-cirúrgica, que indicam uma certa padronização da demanda trans. Acerca desse ponto, Daniela Murta (2011, p. 40) entende que:

Além disso, é esperado que o usuário em sua narrativa afirme o desejo de eliminar os genitais e ganhar as características do sexo oposto, pois caso contrário não preencheria um dos critérios diagnósticos de transexualismo devendo ser excluído do programa e encaminhado para tratamento clínico em outra unidade de saúde que não a Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador (MURTA, 2011, p. 40)

Dessa forma, desde a primeira avaliação é observado se o usuário se adequa a esse modelo diagnóstico de “transexual verdadeiro”, de forma a ser considerado apto ou não a ingressar na política de saúde e, uma vez incluído no programa, o mesmo será reavaliado ao longo de todo o acompanhamento. Caso não seja considerado um “transexual verdadeiro”, o usuário não terá indicação cirúrgica e, conseqüentemente, não poderá se beneficiar do Protocolo Transexualizador como um todo, incluindo a terapia de hormonalização, “sendo encaminhado para outro serviço, em geral psiquiátrico, ou permanecendo excluído do sistema de saúde formal”. (MURTA, 2011, p. 39)

Um segundo aspecto do Protocolo Transexualizador que pode ser duramente criticado é o fato de que, embora a cirurgia de transgenitalização não seja a meta terapêutica dessa política de saúde, essa terapêutica em específico acaba se tornando o eixo principal de orientação e organização desse modelo de assistência. Daniela Murta (2011, p. 40), ao analisar o fluxo da atenção do Processo Transexualizador, percebeu que o direcionamento do Protocolo Transexualizador é para a realização da cirurgia de transgenitalização, o que denota uma hipervalorização do evento cirúrgico.

Logo, o acesso à saúde apenas é garantido para as pessoas trans que pretendem recuperar a coerência entre sexo e gênero com a cirurgia transgenitalizadora:

estando excluídas outras pessoas que vivenciam a mesma experiência de incompatibilidade, mas não se enquadram nos eixos definidores de “transexual verdadeiro” ou não pretendem ou podem se submeter à cirurgia genital para redesignação do sexo (MURTA, 2011, p. 40)

A referida autora entende, ainda, que isso se dá em razão de o Protocolo Transexualizador se encontrar “fixado pelo Conselho Federal de Medicina que considera a cirurgia de transgenitalização a única possibilidade terapêutica nos casos de transexualismo por adequar a genitália ao sexo psíquico” (MURTA, 2011, p. 40). Como verificado quando da análise das normativas do Conselho Federal de Medicina, é dado um destaque diagnóstico às cirurgias de transgenitalização ao ser definida a transexualidade, deslocando o desejo explícito de realizar esse procedimento de modificação corporal específico para o centro definidor das subjetividades transexuais.

No entanto, é importante frisar que a realização da cirurgia transgenitalizadora, ou ainda o desejo de realizar a referida modificação corporal, não é condição *sine qua non* para um pessoa ser considerada transexual, travesti ou qualquer outra vivência trans, pois há aqueles que, por diversas razões não desejam se submeter a elas, possuindo como estratégia principal de inserção e reconhecimento social a hormonalização, a realização de cirurgias plásticas, a feminilização ou masculinização da sua imagem e a retificação de nome e sexo nos documentos.

Logo, impor às pessoas trans e às travestis o modelo de “transexual verdadeiro” caracterizado pela exigência do desejo pela cirurgia de transgenitalização constitui um verdadeiro ato de transfobia e de apagamento da diversidade de vivências identitárias, pois estaria caracterizando um segmento do grupo transexual como “verdadeiro” e outro como “não verdadeiro”, estando estes últimos sem direito às políticas de saúde do SUS por não desejarem realizar a última etapa do processo de readequação de gênero.

Diante das críticas expostas acima, é possível concluir que as portarias do Ministério da Saúde e o Protocolo Transsexualizador se norteiam por um modelo biomédico e normativo, “segundo o qual a transexualidade seria uma patologia psiquiátrica cujo tratamento é a adequação do sexo ao gênero através da cirurgia de transgenitalização” (MURTA, 2011, p. 42). Apesar do objetivo primário da política de inclusão supracitada seja afirmar a pluralidade dessas vivências identitárias e a autonomia da pessoa trans no que se refere à decisão por modificações corporais, o Processo Transsexualizador reproduz modelos internacionais de assistência e perpetua a figura do “transexual verdadeiro”, utilizando mecanismos de controle e normatização para regular o acesso de transexuais aos serviços de saúde.

3.2 Conhecendo as experiências e trajetórias das pessoas trans na utilização do Protocolo Transsexualizador: análise do discurso dos usuários do Ambulatório TT

No contexto brasileiro, cada vez mais as pessoas trans têm denunciado que o modelo binário dos sexos e sua relação específica com o binarismo de gênero é um arranjo intranquilo, incômodo e insuficiente para se pensar as vivências trans. Como analisa Roger Raupp Rios (2012, p. 264), as pessoas trans, num contexto de políticas públicas de saúde brasileiras, têm reclamado que a necessidade de garantir a “estabilidade” desse modelo binário que força a adequação a uma inteligibilidade de gênero está na base de muitas violações de Direitos Humanos em nosso país.

Para pensar de forma mais efetiva acerca da diversidade sexual em nosso país, num cenário de políticas públicas, é preciso olhar com desconfiança as categorias binárias e, com mais amplitude, pois é “tornando-as menos definitivas, menos óbvias e menos homogêneas, que poderemos fazer uma incursão no terreno dos direitos sexuais e reprodutivos” (RIOS, 2012, 264).

Com isso, é fundamental entender os efeitos concretos do dispositivo da transexualidade, seus discursos e textos na construção de relações intersubjetivas entre os profissionais de saúde e os usuários do Protocolo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em outras palavras, intenta-se comparar e contrastar os modos de funcionamento, os saberes, as rotinas, as experiências e os efeitos do Protocolo Transexualizador e as experiências, usos e opiniões das pessoas trans que utilizam os serviços de saúde oferecidos pelo Ambulatório de Saúde Trans.

O estudo supracitado é capaz de possibilitar, na esteira do que Roger Raupp Rios (2012, p. 264) defende, uma melhor reflexão acerca de políticas públicas brasileiras direcionadas para a diversidade sexual de nosso país, lançando um olhar crítico guiado por um paradigma de direitos democráticos da sexualidade. Ainda, o presente estudo permite maior entendimento sobre a vulnerabilização das pessoas trans, melhor descrição da multiplicidade e diversidade dessas vivências indentitárias, além de contrastar esses fatos com a existência de um modelo de saúde que utiliza como parâmetro o diagnóstico de gênero.

Para tanto, metodologicamente, optou-se pela realização de uma pesquisa de campo, efetuada mediante a aplicação de entrevistas às pessoas trans que utilizam o Protocolo Transexualizador, política oferecida à comunidade trans por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Estado do Pará. Objetivou-se, com isso, coletar dados relevantes para melhor compreender a experiência da transexualidade e da travestilidade, assim como dos efeitos da patologização dessas vivências identitárias e a utilização do diagnóstico de gênero na criação da figura do “transexual verdadeiro” no Brasil. Dessa forma, foram realizadas cinco entrevistas semi-estruturadas, com a aplicação de questionamentos pré-elaborados (ver apêndice 1), porém com flexibilidade a fim de a pessoa entrevistada⁶² poder revelar informações além das solicitadas.

⁶² Para fins desta pesquisa, o critério primordial para a seleção das pessoas entrevistadas foi o de serem usuárias do Protocolo Transexualizador no âmbito do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Estado do Pará, independente de faixa etária, classe social, função social e situação econômica.

As entrevistas ocorreram em lugar de escolha da pessoa entrevistada. Duas pessoas entrevistadas preferiram ser entrevistadas na residência do dissertante e uma decidiu ser entrevistada em seu próprio escritório. As outras duas entrevistas foram realizadas por meio de videoconferência, utilizando-se como meio de comunicação o aplicativo Skype. Cada entrevista realizada durou em média duas horas. A mais extensa compreende três horas. Todas as entrevistas foram gravadas em mídia digital, totalizando 11 horas e 48 minutos de gravações. Optou-se por realizar todas as entrevistas programadas, para, depois de suas transcrições, serem analisadas, identificando-se pontos específicos que pudessem ser expostos e tratados, em consonância com o propósito e o objeto da própria pesquisa.

Convém ressaltar que as entrevistas foram realizadas com o consentimento expresso das pessoas entrevistadas, exarados por meio de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver apêndice 4) e de Termo de Consentimento da Participação da Pessoa Como Sujeito da Pesquisa (ver apêndice 3), de forma a garantir o caráter ético da pesquisa. Esses documentos foram lidos em voz alta pelo entrevistador conjuntamente com o entrevistado e, quando manifestada a concordância em participar da pesquisa, assinados pelos concordantes. Saliente-se que foi acordado no termo que os dados coletados nas entrevistas seriam confidenciais e a identidade das pessoas entrevistadas seria mantida em sigilo, razão pela qual os sujeitos de pesquisa estarão identificados como entrevistada 1, entrevistada 2, entrevistada 3, entrevistado 4 e entrevistada 5, respectivamente.

Além disso, resalte-se que a escolha dos entrevistados se deu tendo como parâmetro uma perspectiva de diversidade de gênero, ou seja, buscou-se escolher pessoas que vivenciassem identidades de gênero diversas: duas mulheres trans, uma travesti, um homem trans e uma pessoa trans não binária. Dessa forma, é possível trazer ainda mais riqueza à pesquisa, mediante a valorização da diversidade de experiências e de vivências trans existentes na nossa sociedade, evitando assim o apagamento de experiências trans que lutam contra a invisibilidade e falta de representatividade, tais como os homens trans e as pessoas trans não binárias.

Em prosseguimento, o primeiro ponto que merece destaque é a análise das percepções das pessoas trans sobre sua identidade de gênero e os desafios e particularidades encontrados na sua trajetória como pessoa trans, e, para a realização da citada análise, optou-se pela exposição das falas de todas as pessoas entrevistadas, de modo a introduzir os sujeitos da pesquisa e melhor situá-los.

A primeira pessoa trans sujeito de pesquisa a ser ouvida foi a entrevistada 1, estudante de psicologia que identifica-se como mulher trans, conforme narrado na fala trazida abaixo:

- Eu sou estudante de psicologia, tô cursando o sétimo bloco da faculdade e também trabalho como fotógrafa em festas, atualmente estou sem estágio. Eu me descobri trans há 4 anos.

- *Você então se considera trans?*

- Sim, né, eu me considero mulher trans, mas antes eu me considerava cis e gay, né, antes de me descobrir trans. Acho que até os meus 23 anos eu me considerei gay, eu era uma gay afeminada, mas eu ainda me percebia como homem cis. Aí eu comecei usar maquiagem, me montar, usar umas roupas mais femininas e foi pouco a pouco que eu fui me descobrindo trans, na verdade, foi um processo bem natural e gradativo que me tornei trans como eu sempre falo.

- *E como foi esse processo?*

- Ah, como eu disse, eu comecei a cada vez assumir mais o gênero feminino, eu comecei a usar maquiagem, usar roupas femininas, daí quando comecei a me montar eu via que me sentia mais feliz assim, eu não queria me desmontar depois. Daí minha mãe disse para eu começar a ir para uma psicóloga e foi na terapia que comecei a ver que eu era trans, sempre fui na verdade. Daí eu me assumi trans, mudei meu nome das redes sociais, comecei a avisar que gostaria de ser chamada por (NOME), comecei a usar (NOME) como nome social na faculdade. Daí eu comecei a fazer a transição com o uso dos hormônios, eu comecei a tomar sozinha. Não sozinha, mas eu entrei em grupos do *facebook* que as pessoas trans trocam informações sobre hormônios, *binders*, essas coisas, daí me guiei por lá mesmo. Eu só comecei a fazer uma terapia mesmo hormonal para valer quando comecei a ir no endócrino do ambulatório, porque a antiga endocrinologista que eu ia, ela não sabia como tratar pessoas trans, ela era toda perdida.

Em seguida, verifica-se a introdução da trajetória de vida da entrevistada 2, que também se identifica como mulher transexual e que atualmente trabalha como administradora e gerente contábil de empresas voltadas para distribuição de alimentos:

Minha trajetória como pessoa trans? Eu sou mulher trans, né, então eu vou falar o que eu passo, não posso falar por todas, porque cada um vive sua vida diferente, cada um tem sua história e suas particularidades, não quer dizer que seja todo mundo igual como trans, né. Eu mesma tive muita sorte e me considero uma exceção, porque eu sou eu acho uma em um milhão de mulher trans que não se prostitui. Porque é aquilo, se você é mulher trans e aí inclui também as travestis, você só tem duas perspectivas de vida, ou trabalhar com prostituição ou trabalhar em salão de cabelereiro. Eu nasci em família com um mínimo de condições e que também sempre me apoiou muito, minha avó e minha mãe sempre me entenderam e me apoiaram, eu comecei a transição aos 14 pros 15 anos para você ter ideia, porque desde criança eu me sentia menina e minha mãe uma hora se acostumou com isso, porque sempre foi assim. Isso significa que ela sempre me apoiou a estudar e sempre me defendeu porque eu sempre sofri muito na escola assim como sofri muito na faculdade. Porque a maioria das pessoas trans nem condições de ficar na escola tem, pelo preconceito que ela sofre. Não digo nem que é caso de evasão escolar, é expulsão escolar mesmo, porque a escola expulsa como um todo, os alunos, os professores, ninguém aceita ter uma pessoa trans nesse meio e ninguém também faz algo para evitar que ocorra preconceito. Daí você pensa, numa pessoa sem condições, da perifa, que a família não aceita e expulsa de casa cedo por ser trans ou ser travesti, o que ela vai fazer? Ela vai para a rua e vai se prostituir. É muito fácil falar “ai, então arranja um emprego” mas ninguém quer empregar uma pessoa trans. E uma vez na rua, a mulher trans ela se depara com todo tipo de violência e o Brasil é o país que mais mata mulheres trans no mundo, porque se a família descobre ela mata, se ela for para rua se prostituir, o cliente vai e mata. O transfóbico, homofóbico vai e mata. O cafetão vai e mata. Até a polícia que em tese serve para proteger mata.

A fala da entrevistada 2, apresentada acima, é de extrema importância, pois faz menção às diversas marginalizações e violências transfóbica simbólicas e físicas sofridos pelas pessoas trans em nossa sociedade. A entrevistada, por exemplo, refere-se à situação de vulnerabilidade social em que as pessoas trans se encontram: altos índices de evasão escolar; ausência de oportunidade de empregos; rejeição familiar; propensão a sofrer violência física e simbólica; altos índices de homicídio de pessoas trans no Brasil.

Em outro momento, a entrevistada 2 discorre mais a fundo sobre como é a realidade das pessoas trans no mercado de trabalho e a forma como a transfobia impede as pessoas trans de serem absorvidas nas vagas de emprego que são oferecidas pelas empresas:

Quando eu digo que eu tenho sorte não quer dizer que eu não sofra discriminação por ser trans, porque vivemos numa sociedade transfóbica. Eu mesmo tendo formação, eu tenho que trabalhar como maquiadora profissional, porque se eu ficar desempregada, eu vou levar um bom tempo para encontrar outro trabalho. Nenhuma empresa quer uma pessoa trans para atender o cliente e nem para gerar conflitos dentro da empresa. Na antiga empresa que eu trabalhava como administradora tive vários problemas com um diretor que era transfóbico, ele fazia piadinhas comigo, me humilhava e isso gerou vários desconfortos para a empresa. Até que um dia a empresa simplesmente desistiu e eu fui para a rua. Agora na que eu tô eu trabalho em casa mesmo, o que para mim é até melhor, porque eu tenho meus horários, eles não se incomodam com uma pessoa trans no ambiente de trabalho e todo mundo sai ganhando.

A trajetória da entrevistada 3, por sua vez, evidencia a realidade das pessoas trans que são expulsas de casa em razão de sua identidade de gênero e, depois, são obrigadas a entrar para o ramo da prostituição. A entrevistada, no caso, além de trabalhar como prostituta, atua como *drag queen* em casas de show voltadas para o público LGBT:

Eu desde pequenina fui bem viada sabe, andava toda me requebrando, gostava de usar roupinha toda apertadinha, tudo isso, também não me dava com os meninos da minha rua, eu era muito garotinha mesmo. Bem garota. Daí eu comecei a ter amizade com as travestis do bairro e eu me encontrei nelas né, eu via elas todas bonitas, elas ganhavam presente das mariconas, aí eu queria também, daí um dia uma delas que foi como uma mãe pra mim me levou pra comprar meu primeiro hormônio. Ela me ensinou tudo, como funcionava a pista, como era a vida de puta, que não é nada fácil não, ainda mais com o tanto de humilhação que nós passa, a violência, as drogas principalmente, mas que graças a Deus eu nunca usei, sempre morri de medo de viciar e ficar igual as meninas que trabalham só para pagar o vício. Daí eu fui expulsa de casa quando minha mãe percebeu que eu tava diferente, que eu tava fazendo a sobancelha, tava mais menina, falando bem fino, daí fiquei na casa dessa travesti que era minha amiga e que passou a ser também minha cafetina. Eu falo que sou prostituta com orgulho porque eu faço isso com dignidade, não posso morrer de fome e é assim que me sustento e eu tenho certeza que eu faço isso com mais moral que muito homem que trabalha com cargos importantes. Mas ela me ajudou muito, me indicou pra uma bombadeira que era por tudo, ela era enfermeira, técnica eu acho, daí ela sabia o que tava fazendo. Porque tem bombadeira que não sabe o que faz né, usa silicone que na verdade é óleo de máquina ou coisa assim, depois que injeta fica o buraco da agulha e daí tem bombadeira que cola até com super bonder, pra tu ver só, viado, não é mole não, tem menina que morre se bombando, porque é uma agulha grande e pode perfurar

alguma coisa importante do corpo. Daí com meu primeiro aquê da pista eu fui lá e me bombei, foi horrível, pra dizer a verdade, porque foi na coragem mesmo, não teve nem anestesia, só coloquei uma toalha na boca para morder e pronto. Mas eu fiquei toda linda, dei muita sorte que sarou rápido, nunca desceu o silicone. Mas faz tempo que eu tirei, agora eu tenho prótese, tudo do bom e do melhor porque travesti não é bagunça meu amor. Aí pronto, comecei a ficar bem garota. Comecei a comprar só roupa babado, alonguei meu picu. Porque nós travestis quanto mais bonita nós fica, mais cliente nós tem. E eu sou lindérrima. Daí eu fiquei né, na pista e na noite também, já faz um tempo que eu trabalho com performance em casa de show. Então eu fiquei guardando dinheiro para fazer cirurgia no meu rosto, tirar minha costela para me acinturar, tudo isso. Até que um dia eu comecei a entender como funcionava esses serviços do SUS, uma amiga me explicou tudinho como era e tudo mais. Daí foi assim que eu entrei no programa do ambulatório.

A fala da entrevistada 3 é consubstancial, não só para ilustrar a vivência das travestis em nosso país, cercada de marginalizações, mas também para demonstrar como as modificações corporais realizadas pelas pessoas trans é uma questão de Saúde Pública. É importante pensar num modelo de saúde que seja capaz de responder às demandas de modificações corporais da população trans, considerando que, por falta de assistência das políticas públicas de saúde, as travestis acabam por realizar procedimentos cirúrgicos clandestinos e sem nenhum tipo de adequação sanitária.

O entrevistado 4 identifica-se como homem transexual e atua como transativista em uma organização voltada para a representatividade e a luta pelos direito dos homens trans, além de ser formado em ciências sociais e desempenhar atualmente a função de comerciário:

Minha trajetória como pessoa trans... bem, vamos começar pelo começo, não é. Eu me chamo (NOME), sou um homem trans e hoje tenho orgulho de dizer que sou um homem não só de fato, mas de direito, pois consegui a retificação dos meus documentos, então agora, depois de anos em apreciação pelo judiciário, na minha certidão de nascimento consta meu nome (NOME) e no sexo consta como masculino. Eu digo que depois de anos, em razão de que o primeiro juiz que apreciou o meu pedido de retificação mandou averbar na minha certidão de nascimento que eu era transexual, o que não é uma mentira, já que eu realmente sou um homem trans, mas isso fere a isonomia, já que na certidão de nenhuma pessoa cis vem averbado “cisgênera”, então não tem porque ter na minha decisão averbado que eu sou “transgênero”. Veja bem, eu por décadas me considerei uma mulher cis lésbica, foi somente depois de um longo processo de auto-conhecimento e de vivência, construindo a minha imagem, minha corporeidade masculina é que em determinado momento da minha vida assumi a minha identidade de homem. E, como eu disse, esse processo é de construção, eu moldei a minha imagem para ela refletir externamente o que eu sou, o que vai contra toda e qualquer lógica heteronormativa, todo e qualquer estereótipo de gênero, isso é tão subversivo que as pessoas não conseguem processar de fato o que eu sou as vezes, como a Butler fala, não tem inteligibilidade, as pessoas acham que eu sou um homem cis gay, que eu sou uma mulher trans que começou a realizar a transição e ainda não mudou quase nada do corpo, que eu sou uma mulher cis lésbica, já que eu tenho uma parceira, quando na verdade eu sou um homem trans hétero. E nesses anos de vivência transexual lá se foram anos e anos de militância LGBT, principalmente depois que eu me assumi trans, pois aí eu assumi a frente da militância de gênero, como homem trans, primeiro num coletivo voltado para as pessoas trans em gerais e agora em um específico, voltado especificamente na vivência e na representatividade dos homens trans.

Nesse excerto, o entrevistado 4 compartilha os desafios da trajetória de um homem trans numa sociedade heteronormativa. O entrevistado relata que, de maneira geral, as pessoas encontram dificuldade para interpretar corretamente a sua vivência identitária. Essa fala do entrevistado, inclusive, converge com a discussão teórica desenvolvida na segunda parte desta pesquisa, quando se abordou a inteligibilidade de gênero.

O entrevistado 4 ressalta em sua fala que o se “tornar homem” consistiu num longo processo de descoberta e de construção de imagem, aspectos estes diretamente ligados à sua performance de gênero. Ao apresentar um histórico de sua trajetória da construção de sua imagem, o entrevistado 4 faz referência às várias modificações corporais e readequações estéticas que realizou até o momento:

Eu sempre fui masculino, desde sempre, desde as minhas vestimentas características de “sapatão”, me chamavam de caminhoneira, sargentona, maria macho, porque eu usava bermudão, corrente, cabelo curto. Então quando eu comecei a minha readequação de gênero eu ainda passei anos para fazer a mastectomia, nesse espaço de tempo comecei a usar uma faixa, com esparadrapo mesmo, às vezes com tecido até, para comprimir meus seios e ficar bem chapado aqui no peitoral, comecei a tomar testosterona indicado pelo endócrino e comecei a usar remédio tópico para estimular o crescimento da barba. Daí depois de um bom tempo foi que eu consegui realizar a minha mastectomia.

Verifica-se, não somente na fala acima, mas também na penúltima, uma situação recorrente no universo dos homens trans. Como salientam Filho e Nery (2015, p. 25), a maioria dos homens trans se reconhece, de início, como lésbicas masculinizadas, ou seja, como mulheres cis cuja orientação sexual é a homossexualidade e a performance de gênero é guiada a partir de parâmetros de masculinidade. Isso decorre, por exemplo, da falta de informações, de apoio, ou do intuito de não querer assustar demais os pais.

Por fim, de modo a completar o ciclo de apresentações dos sujeitos de pesquisa, segue a trajetória da entrevistada 5, pessoa trans não binária que prefere ser tratada no feminino, conforme explica no enunciado:

Olha, quando me perguntam o que eu sou, eu digo que sou mulher trans, porque eu acho muito difícil explicar o que é uma pessoa não-binária ou justificar porque eu não gosto de ser chamada de mulher trans e prefiro ser chamada de trans não-binária. Eu me identifico como uma pessoa trans não-binária porque eu não quero esquecer o meu passado, eu acho que é uma militância e um ato político ser uma mulher com um pênis, acho legal quebrar os moldes de gênero assim, por isso não tenho interesse nenhum em realizar a cirurgia de redesignação. Acho que ela não é para mim, até porque eu mantenho relações sexuais, eu me masturbo, eu gosto da minha genitália porque ela faz parte de mim e é algo do meu passado que eu não quero me desfazer. Óbvio que qualquer um que olha para mim, pensa que eu sou mulher cis, mulheres trans e para eu contar toda a história de porque não me sinto assim, é muito trabalho, então eu prefiro simplificar. Mas eu preferiria se na pesquisa eu fosse identificada como eu sou, como uma trans não-binária e fosse

tratada no feminino. Apesar de eu ser não-binária, nada me impede de construir minha imagem, meu corpo da forma como eu quero. Por exemplo, eu quero manter minha genital, mas também coloquei silicone, aqui e aqui. Eu tomo hormônio, mas por exemplo eu amo usar cabelo curto tipo Joãozinho mesmo, que é algo que masculiniza. E nisso as pessoas dão um nó na cabeça, porque todas seguem uma lógica binária. Se eu sou mulher trans, eu tenho que ter o corpo todo moldado como feminino, peito, bundão, rosto feminino, cabelo grande, vagina. Mas quem disse que tem que ser assim? E quem disse que isso é um pressuposto para ser mulher?

Uma vez analisada a trajetória dos sujeitos de pesquisa enquanto pessoas trans, o contexto social no qual estão inseridas e os desafios e particularidades levantados acerca de sua vivência, passa-se então para a análise de suas experiências como usuárias de políticas de inclusão do Sistema Único de Saúde. Note-se que, como o Protocolo Transexualizador acabou por ter grande relevância de discussão ao longo da pesquisa, optou-se por escolher entrevistados que já tivessem experiência na utilização do referido protocolo de saúde. Sendo assim, todos os entrevistados conhecem as práticas e as dinâmicas do Protocolo Transexualizador e dos Ambulatórios TT.

A entrevistada 1, por exemplo, faz referência à morosidade encontrada na prestação de serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde:

O que mata se tratar pelo SUS são as filas, né. Porque para fazer tudo, absolutamente tudo, tu entra numa fila de espera. Eu por exemplo não tenho esperança nenhuma de realizar a cirurgia pelo SUS, por causa da fila. Existe uma lista de espera e lá colocam o nome de todos que usam o protocolo e essa lista é um mistério, você não sabe quantas pessoas estão nessa fila, quando vão te chamar. E demora muito porque apesar da cirurgia ser de graça, você não pagar nada, o SUS só realiza essa cirurgia pouquíssima vezes ao ano e não são todos os médicos que realizam ela, parte porque eles não são especializados nisso, parte porque não tem incentivo mesmo para que eles realizem, porque não tem um retorno para eles suficiente, né, já que a cirurgia além de cara é preciso se especializar muito para saber fazer ele, pelo nível de especialização mesmo que é preciso ter para isso. Mas o lado bom do protocolo acho que é o acompanhamento psicológico que a gente tem, né, tem um apoio muito bom lá e poder se consultar com um endócrino lá que sabe tratar pessoas trans. E a gente consegue os hormônios por lá também, isso quando tem, né?

A demora no recebimento do tratamento é uma das mais frequentes reclamações dos usuários do Sistema Único de Saúde e, para aqueles que utilizam o Protocolo Transexualizador, a situação não é diferente. A entrevistada relata que a fila de espera para realização da cirurgia transgenitalizadora é extremamente morosa e que isso frustra as expectativas de qualquer pessoa que deseja realizar essa etapa do processo de readequação de gênero. A mesma crítica foi feita pela entrevistada 2, ao relatar a sua trajetória como usuária dos Ambulatórios de Saúde Trans brasileiros:

Eu comecei a usar o laboratório, desculpa, minto, quis dizer ambulatório, ainda quando eu tava fazendo faculdade. Porque o ambulatório trans de São Paulo foi um

dos primeiros a ser construído. Daí quando eu vim para cá para Belém eu já tinha todos os laudos, já tinha preenchido os requisitos do protocolo Transexualizador, então só dei seguimento. Quando eu vim para cá eu já estava na fila para cirurgia transgenitalizadora, que não é cirurgia de mudança de sexo, que eu odeio esse nome, porque ninguém muda de sexo simplesmente assim de uma hora para outra com uma cirurgia. A cirurgia muda o genital, ela não me transforma em mulher. Eu sou mulher desde os meus 15 anos e nunca precisei de cirurgia para isso, uma coisa não tem nada a ver com a outra. Mas eu tenho esperança de um dia conseguir, eu falo brincando que quando eu conseguir realizar a cirurgia se eu morrer no dia seguinte vou morrer feliz, porque seria meu sonho. Enquanto isso eu vou guardando meu dinheirinho, fazendo minha poupança, para tentar fazer fora do país, se Deus quiser vou conseguir.

O entrevistado 4, por sua vez, relata que sua experiência com políticas públicas de saúde data desde antes de existência de protocolos de saúde direcionados especificamente para a saúde integral da população trans:

Minha relação com o SUS é uma relação difícil, conturbada, a gente vai e volta (risos) Eu tive que entrar com diversas ações contra o SUS para que ele custeasse meus tratamentos, isso antes de todas as portarias, todos os protocolos, o Protocolo Transexualizador, Ambulatório, isso tudo. Era preciso acionar o SUS no judiciário para que ele reconhecesse que eu precisava da mastectomia e nessa brincadeira foram anos, no Judiciário eu tive que comprovar que eu era homem trans e que essa cirurgia era essencial para minha vida, porque como eu usava compressa nos seios isso poderia me causar todo tipo de problema, até câncer. Eu também me consultei com diversos médicos endocrinólogos que me auxiliaram na minha readequação, quanto a terapia hormonal.

Verifica-se em sua fala um aspecto histórico importante sobre a luta das pessoas trans por direitos à saúde. Como citado anteriormente nesta pesquisa, antes de serem editadas as normativas do Conselho Federal de Medicina e do Ministério da Saúde reconhecendo direitos à saúde para a população trans, o Judiciário era acionado para dar uma resposta às demandas de pessoas trans que pleiteavam o custeio de suas modificações corporais pelo Ministério da Saúde. Essa prática, inclusive, foi responsável por construir um acervo jurisprudencial suficiente para motivar o Executivo e também apresentar uma resposta a essa demanda.

Ao narrar sua experiência como usuário de políticas de inclusão do Sistema Único de Saúde, o entrevistado 4 tece uma série de críticas do modelo de saúde atual:

Nós vemos que no SUS impera o despreparo dos profissionais, não só nas atitudes dos profissionais de saúde que são transfóbicas, homofóbicas, racistas, machistas, mas o despreparo mesmo profissionais como um todo, porque a minha própria endócrino uma vez chegou comigo e falou “olha (NOME) eu tenho dificuldade para te atender porque eu nunca tive experiência com transexuais e nunca tive a cadeira de gênero e sexualidade no meu curso de medicina”. Além disso o SUS precisa aumentar o número de mastologistas para que mais homens trans possam realizar a cirurgia, já que essa é praticamente a primeira e a única cirurgia que nós fazemos, já que a neofaloplastia ainda é experimental. Também outra crítica que nós podemos fazer ao SUS é a falta de medicamentos, nossos hormônios são verdadeiros remédios controlados, porque eles fazem muita falta se deixar de tomar, nosso próprio corpo acostuma e para algumas pessoas o reaparecimento dos efeitos

secundários do sexo. Opa, dos caracteres secundários do sexo podem causar crises de disforia. Então com a falta de medicamentos nos postos, no caso do ambulatório, muitos homens trans, por falta de endocrinologista, de receita médica, recorrem a automedicação e compram os hormônios de forma ilegal, principalmente no mercado esportivo por trás dos panos, nas academias, nas lojas de suplemento, tem todo um mercado paralelo atrás disso.

De fato, não basta somente o reconhecimento de direitos à saúde para as pessoas trans, é preciso repensar todo o modelo de políticas de inclusão e de formação de profissionais da saúde de nosso país, de modo que seja possível garantir a permanência da população trans como usuária das políticas de saúde do SUS e a eficácia na prestação de serviços de assistência.

A entrevistada 5 é mais sucinta em sua descrição acerca de sua experiência como usuária de políticas de saúde do SUS, pois ingressou no Protocolo Transexualizador há pouco tempo e ainda se encontra em fase de acompanhamento psicoterápico:

Eu uso o ambulatório agora para o tratamento hormonal e eu quero conseguir custeio de cirurgia plástica, já que eu tenho direito a elas por elas serem essenciais para a adequação da minha imagem à minha identidade de gênero. Eu ainda não tive o tempo mínimo necessário para ser indicada a cirurgia transgenitalizadora, mas isso eu nem me importo, porque não é algo que eu quero, só que eu tenho que mentir dizendo que eu quero, senão eles me expulsam do programa.

Embora seja uma pessoa trans não binária, a entrevistada 5 sente necessidade de feminilização de certas características físicas que compõe sua corporeidade e, para isto, lança mão de estratégias como terapia de hormonalização e cirurgias plásticas. Constata-se mais uma vez a citação da estratégia do “mentir” para utilização dos serviços de saúde, de modo a se enquadrar nas expectativas dos profissionais de saúde e, assim, conseguir o diagnóstico de “transexual verdadeiro” e ter resultados satisfatórios na etapa de acompanhamento psicoterápico.

Por ser uma pessoa que desafia inteligibilidade de gênero e foge das concepções binárias de gênero, a entrevistada 5 se depara constantemente com desafios em sua trajetória no Sistema Único de Saúde. Diversas situações de marginalização podem ser encontradas por pessoas trans não binárias podem quando da relação com profissionais da área da Saúde e do Direito:

Isso implica diversas coisas, por exemplo eu não posso assumir de fato quem eu sou para os psicoterapeutas, porque isso não vai fazer sentido para eles e eu não seria considerada trans de verdade, eu não ia receber meu laudos. Eu, por exemplo, tenho carteirinha de nome social, mas no futuro pretendo retificar meu nome, para poder fazer valer o meu nome e que seja não-binário. Isso implica também quando entrar com uma ação para isso, porque o juiz sempre manda comprovar que é “mulher”, ou seja, que eu fiz minha transição completa, desde na minha imagem até na minha genital. Mas se você ver uma mulher por exemplo como a Cássia Eller, você lembra dela? Ela tinha cabelo curto, ela usava roupas masculinas, tinha atitude masculina,

mas ela era mulher cis e nenhum juiz ia dizer que ela não era mulher por ser assim. Então porque para eu retificar meu nome eu teria que provar que eu sou um mulher no molde do que o juiz acha que deveria ser um mulher, sabe?

Por fim, cabe ainda ilustrar as dinâmicas excludentes das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde e a forma como a necessidade diagnóstica do “transexual verdadeiro” exclui a diversidade das vivências trans.

Por exemplo, a entrevistada 1 ressaltou que, diferente do molde de transexual trazido no diagnóstico de “transexual verdadeiro” reproduzido pelo Conselho Federal de Medicina, ela não tem os problemas de auto-imagem, ou ainda, sintomas de disforia, que seriam esperados de um “transexual verdadeiro”:

- Eu não tenho tanto problema com a minha imagem assim, na verdade é mais com os meus peitos porque eu não tenho nenhum, sou reta aqui, mas por exemplo eu amo meu rosto e o meu corpo como um todo. Tem dias que eu tô super disfórica aí eu acordo atacada me achando horrível e piora tudo o fato dos hormônios né. Eu tomo cerca de 20 pílulas por dia, para tu teres ideia. É uma bomba de hormônios. Porque eu comecei a transição muito tarde, se eu tivesse começado mais nova, não teria tanto problema assim.

- *Quais problemas são esses?*

- Por exemplo eu não tenho mais nenhum tipo de desejo sexual, não consigo mais ficar ereta, inchei horrores, por causa dos hormônios. Acho que é isso. Ah, eu também tô guardando dinheiro para aplicar silicone que é meu sonho.

Além disso, a entrevistada 1 dedicou parte de sua entrevista para explicar a relação que mantém com sua genitália. Diferentemente do modelo diagnóstico de transexual, que reproduz a imagem da pessoa transexual que apresenta extrema rejeição aos seus órgãos genitais, ela não apresenta disforia de sua genital, convivendo bem com ela, apesar de ter interesse na realização da cirurgia de transgenitalização:

Se eu pudesse eu faria sim a cirurgia [de transgenitalização], porque ter um pênis e ser mulher é meio que difícil né, se é que tu me entende. Daí eu acho que seria ótimo usar um biquíni na praia sem preocupação nenhuma, essas coisas que a gente não pode fazer ou tem que tomar um cuidado para ter passabilidade. Mas para te ser sincera eu finjo que não tenho nada lá em baixo, eu só não penso nisso, ignoro, porque eu não tenho condições de fazer a cirurgia por particular, ela é muito cara mesmo, e o SUS tem aquele caso da demora, então é aquilo né, o que não tem remédio remediado está. Mas por mim super de boa mesmo em questão a isso.

No mesmo sentido, demonstrando que ser uma pessoa trans não implica sentir necessidade de realizar a cirurgia de transgenitalização, segue abaixo a fala da entrevistada 5:

Eu acho que é uma militância e um ato político ser uma mulher com um pênis, acho legal quebrar os moldes de gênero assim, por isso não tenho interesse nenhum em realizar a cirurgia de redesignação. Acho que ela não é para mim, até porque eu mantenho relações sexuais, eu me masturbo, eu gosto da minha genitália porque ela faz parte de mim e é algo do meu passado que eu não quero me desfazer.

A saída para esta situação, conforme o relato da entrevistada 3, seria mentir para atender às expectativas dos profissionais de saúde, que seguem como referência diagnóstico da figura do “transexual verdadeiro”:

- Ah, lá no ambulatório é aquela coisa né, nós que é travesti tem que dar o truque para poder tá no programa de lá.

- *Como assim “dar o truque”?*

- Ah, amore, porque a gente tem que se fazer de louca. Olha só, quando eu comecei a avaliação a minha amiga que já tava até na fila de espera para fazer a cirurgia, ela foi me acompanhar. Aí tu imagina que ia ser minha primeira consulta com o médico, o psiquiatra para ele me avaliar para eu receber o laudo de que eu sou mesma travesti. Daí minha amiga me deu um papel com tudo escrito que eu tinha que dizer, eu tinha que dizer que já tinha tentado me matar várias vezes, que eu desde criança me sentia no corpo errado, não me sentia igual os outros meninos, que eu tenho horror da minha neça, que eu posso deixar nem tocarem nela, que eu não consigo me olhar no espelho porque não gosto da minha aparência, se possível chorar até, tudo isso. Porque se eu chegar lá falando que eu não tenho nada disso, ele vai jogar lá que eu não preciso participar do programa. Isso que é dar o truque que eu falo. Porque nós tem que mentir. Dar um show (risos)

Após os fatos discutidos, optou-se por finalizar a presente análise com as falas dos entrevistados que teceram críticas diretas à existência do diagnóstico no Protocolo Transexualizador. A entrevistada 1, por exemplo, criticou a existência do diagnóstico e o fato de ele ser construído sob uma concepção rígida de transexualidade:

Pois é, essa questão do diagnóstico é muito ruim, né, porque ela meio que padroniza a visão de pessoa trans. Eu mesma não tenho um nível alto de disforia, muitas amigas minhas vivem plenas, se acham lindas, se orgulham mesmo do corpo e são super empoderadas e eu acho que é assim que tem que ser. Assim como tem meninas que já tentaram suicídio, tiveram que se internar e tudo, só por causa das crises de disforia. E tem casos como eu que eu só me assumi trans depois de adulta.

A entrevistada 5, enquanto pessoa trans não binária, apresentou sua visão crítica acerca da existência do diagnóstico de gênero no âmbito do SUS e como isso representa um ato de transfobia ao excluir a diversidade de vivências trans:

Para mim o SUS é transfóbico sim, não só transfóbico, como é binarista, porque para o SUS só existe um tipo de pessoa trans, isso exceto as travestis que não se identificam como mulher trans, é uma categoria diferente. Mas para o SUS, não existe trans não binário e também não existe diversidade de gênero. Eles querem encaixar todas as pessoas trans num caixinha. O diagnóstico no contexto do SUS é só uma engrenagem de uma máquina que funciona para excluir as pessoas trans.

Evidencia-se, não somente nessa fala, mas também em todo o conjunto de experiências narradas pelos entrevistados, que a população trans se incomoda com a existência de um diagnóstico de gênero como condição para ingresso e permanência dos serviços de saúde integral às pessoas trans no SUS, considerando-se que este diagnóstico exclui uma gama de

vivências trans ao impor uma definição rígida do que seria a transexualidade e, portanto, das características que tais pessoas necessitam apresentar para usufruir desses serviços.

O discurso dos entrevistados trazidos à baila ilustra muito bem a crítica feita por Roger Raupp Rios (2012, p. 263) às políticas públicas brasileiras que envolvem a questão da diversidade sexual, apontando certos impasses não resolvidos no que tange às discussões acerca de políticas públicas inseridas num contexto de Saúde Pública. Esses impasses seriam, segundo o autor:

o da dicotomia sexual tida enquanto norma e enquanto verdade; 2) o da articulação linear entre a norma da dicotomia sexual e a norma da dicotomia de gênero 3) e o problema de considerar o acesso à saúde como sinônimo de garantia do direito a ter um corpo e um desejo inscritos nessa mesma norma e nessa mesma verdade (RIOS, 2012, p. 263)

Portanto, o discurso dos entrevistados revelou, em suas entrelinhas, todos esses impasses no acesso a direitos à saúde, ao afirmarem, cada um em sua maneira e em sua forma de expressão, que existe uma perspectiva hegemônica no campo da Saúde Pública brasileira, em grande medida, pautada pelas definições biomédicas de experiência trans, ainda que não apenas por elas. Além disso, os sujeitos da pesquisa ressaltaram em suas falas a maneira de essa perspectiva absorver como pressuposto o sistema binário de sexo, o qual obriga os usuários trans a se adequarem a um modelo rígido e fixo de sexualidade e expressão de gênero.

Segundo Roger Raupp Rios (2012, p. 264), a consequência inevitável dessa situação é a exclusão desses indivíduos que não se encaixam nessas categorias rígidas de sexo e de gênero enquanto sujeitos de direito e ainda sua inclusão enquanto sujeitos a serem corrigidos. Para o autor, essa uma continuidade com a qual é preciso romper, uma vez que “a desconstrução da lógica do binarismo e das políticas da exceção parecem constituir, assim, alguns dos principais desafios contemporâneos no campo que articula gênero, sexualidade e saúde” (RIOS, 2012, p. 264).

De forma a complementar os resultados apresentados das entrevistas de pessoas trans usuárias do Protocolo Transexualizador, não pode ser deixado de fora o estudo de campo realizado pelo pesquisador Thiago Galeão Azevedo (2016, p. 99), no qual ele analisou, por meio de entrevistas, profissionais que possuem atuação na garantia de direitos a partir das práticas sexuais dos indivíduos. O referido pesquisador analisou o discurso de profissionais que, mesmo que não tivessem formação jurídica, manejassem o Direito em questões relacionadas à sexualidade, e atuassem em órgãos, instituições e comissões regionais e nacionais ligadas aos direitos LGBT.

Uma das conclusões a que ele chegou, com base na fala dos operadores de direito que lidam com as práticas sexuais, é a evidente presença de um discurso binário “pautado em uma lógica heterossexual, que transparece lugares de oposição entre seres ditos heterossexuais e seres não heterossexuais, qualquer identidade sexual que não seja a heterossexual” (AZEVEDO, 2016, p. 99). Thiago Galeão (2016, p. 105) constatou, na fala de seus entrevistados, um discurso próprio de uma lógica heteronormativa e naturalizante do binarismo, no qual todas as práticas sexuais fora da referida lógica são vistas como condutas desviantes, eivadas de artificialidade e anormalidade.

Além disso, o autor deparou-se com um discurso uniforme no que tange à marcação de espaços, uma marcação de divisões entre os que se anunciam como heterossexuais e os não heterossexuais, a partir de uma lógica de normalidade centrada no binarismo. De acordo com Thiago Galeão (2016, p. 110), com a incidência do dispositivo de sexualidade, cria-se um indivíduo com uma sexualidade que corresponde aos padrões de normalidade, adstritos às relações binárias entre masculino e feminino. Os que não se enquadram nesse padrão acabam por serem considerados como desviantes sexuais, uma vez que, a partir da criação do sexo, em sua concepção biológica, pelo referido dispositivo, aquilo que não está pautado no binário é abjeto e representa um perigo a ser controlado.

Por fim, cita-se que o autor ainda analisou em seu estudo de campo a promoção de direitos específicos direcionados às pessoas LGBT, como o caso da implementação da carteira de nome social e do ambulatório de saúde trans. Thiago Galeão (2016, p. 154) verificou, no discurso de seus entrevistados, que os referidos programas foram criados por indivíduos atravessados pela lógica binária e heteronormativa, sendo políticas criadas para “outros” e não para “mesmos” e reprodutoras de uma lógica de diferença entre os indivíduos, conforme explica abaixo:

Como os próprios termos enunciados pelos entrevistados, cria-se uma comunidade, uma população, um mundo para os desviantes sexuais, em razão de uma patologia, de uma perversidade, de um potencial de contaminação, que os cerca em um espaço de quarentena paralelo à sociedade heterossexual, paralelo ao mundo dos normais, em relação ao qual estes não fazem parte. Trata-se de alienígenas, alienígenas sexuais (AZEVEDO, 2016, p. 154)

Mais especificamente, ao analisar a forma de esses profissionais influenciaram a criação do ambulatório de saúde trans, Thiago Galeão (2016, p. 155) constata a mesma situação exposta nas entrevistas realizadas nesta pesquisa. Do ponto de vista dos desenvolvedores desse modelo de atenção à saúde, propaga-se uma lógica de garantia de direitos, segundo a qual, para gozar dos “direitos” oferecidos por tais empreendedores, é

necessário se encaixar num molde. Sendo assim, o autor verificou uma situação em que, para os sujeitos usufruírem o direito ao Ambulatório de Saúde Trans, é preciso se limitar enquanto indivíduos e dizer qual é sua sexualidade, para que então uma autoridade diga se a pessoa apresenta uma sexualidade “legítima” e se faz jus ao direito ou não.

Diante das situações apresentadas, tanto no que concerne ao estudo de campo realizado na presente pesquisa, quanto no que se refere às complementações retiradas do estudo realizado por Thiago Galeão Azevedo em sua dissertação de mestrado, é possível conhecer não somente a experiência dos usuários trans de políticas de saúde do SUS, mas também entender como as autoridades operadoras do direito e dessas políticas de saúde impactam essa experiência com a reprodução de seus discursos no desenvolvimento dessas políticas e no cotidiano de seu funcionamento.

Conclui-se, portanto, mediante as informações contidas nas falas dos entrevistados na pesquisa de campo, que o diagnóstico de gênero e a patologização das vivências trans acaba por excluir do reconhecimento enquanto sujeitos de direito uma série de pessoa trans que vivenciam outras possibilidades de expressão da sexualidade, do gênero e de possibilidades corporais. Ao se deparar com esse cenário de exclusão, indaga-se como essa situação se sustenta no modelo de saúde adotado pelo SUS, uma vez que, em tese, este é pensado tendo em vista a atenção integral à saúde das pessoas trans. Sendo assim, é preciso analisar o discurso em torno da patologização da transexualidade e da existência do diagnóstico de gênero, de modo a identificar e avaliar criticamente os argumentos que sustentam essa lógica de categorização baseada em uma concepção rígida, excludente e patologizante das vivências trans.

3.3 Argumentos em torno da patologização das vivências trans e da existência do diagnóstico de gênero

Como sustentado ao longo deste trabalho, em vez de possibilitar o acesso à dignidade, o diagnóstico da transexualidade enquanto doença cria mais uma forma de diminuir sua importância social, de categorizar a existência trans como inferior em relação às pessoas que se enquadram na cisnormatividade. Nas palavras de Judith Butler (2009, p. 121), “o que é mais preocupante, contudo, é como o diagnóstico exerce, por si mesmo, pressão social, causando intenso sofrimento, estabelecendo desejos como patológicos” (BUTLER, 2009, p. 121). Ademais, segundo a referida autora, o diagnóstico de gênero, imposto às pessoas contra

a vontade delas, tem eficazmente feito vacilar a vontade de muitas pessoas, especialmente jovens trans e *queers* e desenvolvido versões muito rígidas de normas de gênero.

Em virtude de o diagnóstico categorizar as pessoas trans como doentes, erradas, disfuncionais, anormais, desviantes “pode se tornar - em particular nas mãos dos que são transfóbicos – um instrumento de patologização” (BUTLER, 2009, p. 96), por isso é lógico e desejável que ele seja eliminado. Contudo, embora se possam fazer críticas severas ao diagnóstico, ele continua sendo valorizado por uma grande parte do segmento envolvido nas discussões aqui traçadas por facilitar a essas pessoas trans um percurso economicamente viável para a readequação de gênero.

Diante desse contexto, Berenice Bento (2010) e, posteriormente, Berenice Bento e Larissa Pelúcio (2012) apontam os argumentos que sustentam a posição dominante da patologização nas entidades oficiais médicas, de forma a compreender a razão pela qual ainda se mantém a figura do “transexual verdadeiro” em nossas políticas de Estado. Segundo as referidas autoras, os argumentos que embasam o discurso em prol da manutenção do diagnóstico da transexualidade são: a diferença natural entre os gêneros; a visão suicidógena; a autoridade científica; e as concessões estratégicas.

3.3.1. Argumento da “diferença natural entre os gêneros”: as pessoas trans devem ser patologizadas pois o “natural” é ser cisgênero?

O primeiro argumento que defende a necessidade da existência de um diagnóstico de gênero é o da “**diferença natural entre os gêneros**”, o qual Berenice Bento (2010, p. 180) resume como sendo o argumento de que “transexuais e travestis são doentes porque ou se nasce homem ou se nasce mulher” (BENTO, 2010, p. 180). As pessoas transexuais e travestis, por sua vez, em razão de não corroborarem com essa premissa, seriam consideradas como desviantes, aberrações, ou ainda, doentes.

Esse argumento em particular é um que se reproduz amplamente nas esferas e relações sociais pelo senso comum, pois grande parte da sociedade é transfóbica e heteronormativa, não concebendo que o gênero é uma categoria construída. Contudo, Berenice Bento (2010, p. 181) assevera que o argumento da diferença natural entre os gêneros não pode ser identificado como pertencente exclusivamente ao chamado senso comum, uma vez que o pensamento científico hegemônico também o reproduz. Dessa forma, o senso comum e o pensamento científico hegemônico seriam muito coesos e se retroalimentariam em relação a esse argumento em específico, tornando difícil identificar onde começa um e onde termina outro.

Em relação ao seu conteúdo, Berenice Bento (2010, p. 181) expõe que o senso comum, cujos preceitos são historicamente firmados, defende o dimorfismo sexual entre homens e mulheres e a naturalidade dos gêneros, creditando às ciências biológicas as verdades irredutíveis das diferenças entre homens e mulheres. O senso comum basearia essa argumentação na observação e referendá-las-ia nas ciências biológicas, advogando que já foram oferecidas provas indiscutíveis da radical diferença sexual que separa os corpos sexuados e que nada poderia ser feito para alterar essa situação factual.

De acordo com Bento e Pelúcio (2012, p. 575), o pensamento científico hegemônico, por sua vez, reforçaria circularmente a diferença sexual natural de forma a naturalizar o gênero, imergindo nessas “verdades” os aspectos culturais e simbólicos que constituem nossas percepções sobre corpos, gêneros, órgãos e fluidos. A reprodução desse argumento pelo pensamento científico se daria pela apropriação das recorrências observáveis nas relações entre os gêneros e da capacidade de conferir cientificidade aos seus postulados. É dessa forma que ambos os domínios acima referenciados se retroalimentariam para reproduzir e validar essa argumentação.

De posse do argumento da “diferença natural entre os gêneros”, seria plenamente justificável a patologização das vivências trans com base na ideia de binarismo natural dos gêneros, uma vez que toda e qualquer manifestação de identidade de gênero fora da lógica binária e heteronormativa seria enquadrada como um desvio a uma ordem naturalmente estabelecida. Como defende Bento Jesus (2013, p. 81), mediante essa argumentação “são totalmente desconsiderados os aspectos culturais e simbólicos a partir dos quais são construídos os nossos entendimentos sobre os corpos, os gêneros, os órgãos e sua fisiologia” (JESUS, 2013, p. 81).

A problemática dessa argumentação reside no fato de ela esvaziar completamente a importância política do gênero, ou seja, que este é um assunto de poder e que discutir gênero é se situar em um espaço de lutas marcado por interesses múltiplos. Bento e Pelúcio (2012, p. 575) defendem que “o gênero tem menos a ver com natureza do que com relações de poder” e que as discussões sobre gênero implicam uma discussão epistemológica, socioantropológica e histórica das múltiplas configurações e performances de gêneros e de práticas eróticas em outras sociedades e em nossa própria.

Segundo Bento (2010, p. 181), a natureza do gênero é, desde sempre, ser cultura, e, em razão disso, o argumento da “diferença natural entre os gêneros” não é hábil para sustentar a necessidade da patologização da transexualidade. Nesse sentido, segundo a autora:

Nas últimas décadas, esta disputa interna e externa ao mundo acadêmico ficou explicitada. Cientistas sociais, historiadoras(es), filósofas(os) e alguns setores do ativismo LGBTTI vêm produzindo discursos contra-hegemônicos ao poder/saber da biomedicina. A tensão desse debate é potencializada quando se faz um recorte vinculando-o às questões das pessoas transexuais e travestis (BENTO, 2010, p. 181)

Nessa discussão, Bento e Pelúcio (2012, p. 575) levantam a questão de que, para certas pessoas transexuais, o fato de serem consideradas doentes já faz parte de sua identidade e isso “produz certa segurança ontológica, principalmente para aqueles/as que lutam para conseguir um diagnóstico de transtorno de identidade de gênero” (Bento e Pelúcio, 2012, p. 575). Dessa forma, a patologização da transexualidade já estaria tão arraigada na concepção de identidade de certas pessoas trans que se tornaria uma referência para elas se compreenderem e se autodefinirem.

Defende-se, então, a capacidade e liberdade de os indivíduos produzirem significados múltiplos para o gênero, o corpo e a sexualidade, razão pela qual se considerar doente também seria uma forma de conferir sentido à vivência da transexualidade. Contudo, impor coletivamente essa identidade de “doente” numa categoria tão múltipla e diversa como a das pessoas trans seria um atentado à liberdade e à autonomia das mesmas, além de uma estigmatização social que prejudica o exercício da cidadania.

Para ilustrar a situação acima exposta e admitir que a doença não pode ser tida como parte da identidade trans, uma vez que não é uma identificação compartilhada por todos, destaca-se a fala da entrevistada 1 que, ao ser questionada sob sua identidade como pessoa transexual, afirmou não se identificar como doente por ser transexual:

Eu não me acho doente não, né. Eu gosto de dizer que a gente não é doente porque é trans, ninguém nasce doente, né, a gente fica doente porque a sociedade faz a gente adoecer. Se tem menina que se mata, que tem depressão, é porque a sociedade não aceita, não dá oportunidades. É a discriminação que adoeca a gente, né.

A entrevistada 3, ao ser questionada, não se considerou doente por ser travesti e reproduziu discurso semelhante ao da entrevistada 1:

Ai, pros médicos eu sou completamente louca né, tem que ser assim, senão se tu diz “ai não sou doente”, que não é louca, que tá de boa, eles tudo te barram, papi. Para eles tem que fazer todo esse truque. Mas deve tá cheio de gente por aí que acha que a gente tem doença mesmo, na verdade acha que nós travestis somos nem gente, mas ai tô nem aí, meu amor, eu vivo minha vida, tô nem aí. Eu mesma não me acho doente, olha para mim linda, como que vou ser doente. Se viado não é doença, porque travesti vai ser doença?

A entrevistada 2, por sua vez, se identificou-se como doente por ser transexual e proferiu o seguinte discurso:

- Olha tem muita menina que é doente sim né, tem muita trans e travestis que são doente sim, tem muita por aí, pelas condições mesmo. Tem menina que toma perlatan desde cedo, muita menina mesmo que acaba adoecendo porque vai na bombadeira e coloca silicone que não presta, aqueles silicones que parece água, sei lá.

- Mas você se acha doente por ser trans?

- Acho que eu sou doente por ser trans, mas não acho que ser trans por si só seja doença, acho que vai mais da pessoa, mas eu por exemplo sou toda desregulada nos hormônios né, desde sempre meu corpo por causa dos hormônios sempre sofreu muito. Meus últimos exames deram que eu tenho hiperprolactinemia que o médico falou, mas é porque eu tomei muito hormônio andrógino aí o os hormônios subiram lá pra cima, mais do que eu devia ter, daí eu tenho que tratar porque os níveis estão lá em cima. Isso é um problema. O outro problema que tive foi que faz um tempo não tinha mais hormônio no ambulatório, e isso vez em quando acontece viu, acontece muito isso, eu fui lá pegar e não tinha mais, daí tive que ficar sem até chegar porque eu tava sem dinheiro, essas coisas que acontecem e faz eu ficar doente, acho que é isso principalmente. Mas assim eu sou doente porque os hormônios me quebram toda né, são todos desregulados, mas não porque eu sou trans, isso nunca.

A partir de sua fala, percebe-se que a entrevistada 2 se considera doente, em razão dos problemas hormonais causados pelo uso de hormônios na terapia de hormonalização. A partir desse excerto, indiscutivelmente, a entrevistada entende que a trajetória de mulher transexual a deixou doente, em razão da necessidade de utilização de hormônios e dos problemas de saúde advindos disso. Entretanto, no final de sua fala, admitiu que a transexualidade não é uma doença em si.

O entrevistado 4, ao falar sobre a patologização das vivências trans, proferiu o seguinte discurso:

A transexualidade e a travestilidade são consideradas doenças por todos esses manuais, pelos profissionais de saúde em sua grande maioria, pelo Sistema Único de Saúde, mas se você for atrás das pessoas trans, quase nenhuma vai se apontar como doente. A maioria defende esse posicionamento da despatologização, mas óbvio que as pessoas trans que não são politizadas, não são da militância, não vão dizer com essas palavras. Elas vão dizer que a transexualidade e a travestilidade são maneiras de expressar a sexualidade, o gênero, de expressar quem elas são, são vivências, enfim, as respostas variam, mas nenhuma vai identificar como doença, Isso é muito antigo sabe. Eu que tenho mais de trinta anos de militância acompanhei tudo. Isso era mais de décadas atrás quando ainda se lutava por direitos, para conquistas de direitos de saúde, as pessoas trans militantes carregavam como se fosse uma medalha no peito o fato de se dizer doente, porque do contrário não ia se conseguir nenhum direito. E de fato direitos foram conquistados usando essa estratégia. Mas hoje em dia as pessoas trans, principalmente as jovens na sua grande maioria, não se veem como doentes. A maioria quer se desvincular disso, afinal ninguém quer ser considerado como doente.

Ao contribuir com sua experiência na militância LGBT, o entrevistado 4 salientou que, embora a patologização da transexualidade e da travestilidade tenha sido abraçada por uma determinada “geração” de pessoas trans na luta por direitos à saúde, ela não é uma identidade compartilhada pelas pessoas trans nos tempos atuais. Em razão disso, como dito

anteriormente, não se pode impor coletivamente a patologização das vivências trans, mesmo que algumas pessoas trans se considerem doentes, uma vez que deve ser preservada a autonomia dos indivíduos em produzir significados múltiplos para o gênero, o corpo e a sexualidade.

3.3.2. Argumento da “visão suicidógena”: a patologização das vivências trans se justifica em razão das pessoas trans serem “potencialmente suicidas”?

Em segundo lugar, na análise das argumentações que sustentam o discurso da patologização do gênero, observa-se o argumento da “**visão suicidógena**”, definido por Berenice Bento (2010, p. 181) como sendo aquele argumento do qual:

Não se pode retirar a obrigatoriedade da terapia psicológica ou flexibilizar o protocolo. Há relatos de pessoas transexuais que se suicidaram porque fizeram as transformações corporais e depois de arrependeram. Essas cirurgias são irreversíveis (BENTO, 2010, p. 181)

Em suma, essa argumentação consiste na concepção recorrente de que as pessoas transexuais seriam potencialmente suicidas, decorrendo disso a obrigatoriedade de um protocolo rígido que obriga as pessoas trans a realizarem acompanhamento terapêutico nos protocolos de atendimento como forma de protegê-las de seus próprios desejos autodestrutivos e suicidas. Nesse sentido, Bento e Pelúcio (2012, p. 576) ressaltam que na apreciação do argumento da “visão suicidógena”, o protocolo utilizado nos centros de saúde que realizam o Protocolo Transexualizador adquire uma importância central.

Como visto anteriormente ao serem estudadas as normativas que guiam o Protocolo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), constatou-se que, atualmente, aplicam-se as normas constantes nas resoluções do Conselho Federal de Medicina e nas portarias ministeriais do Ministério da Saúde. Ainda, Berenice Bento e Larrisa Pelúcio (2012, p. 576) lembram que o referido protocolo, assim como as demais regulamentações que orientam as políticas públicas para o atendimento à saúde de pessoas transexuais e travestis, ao definir que a transexualidade e outras vivências trans são categorias patologizadas e que devem seguir um determinado modelo com suas devidas exigências.

A Resolução 1.955/2010 do Conselho Federal de Medicina (CFM) entende que a transexualidade é caracterizada pelo “portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio”, demonstrando que a “visão suicidógena” é mantida nas normativas médicas brasileiras. A

Portaria Ministerial nº 2.803/2013 do Ministério da Saúde, apesar de não definir a transexualidade ou a pessoa transexual, ainda faz referência à Resolução nº 1.955/2010 do CFM, além de impor a necessidade de diagnóstico de transexualidade para utilização dos serviços do Protocolo Transexualizador.

Após a análise das “Diretrizes de assistência ao indivíduo com indicação para a realização do Processo Transexualizador”, documento anexo à Portaria nº 475/2008, nota-se que o usuário do Protocolo Transexualizador deve ser acompanhado, por um período mínimo de dois anos, por uma equipe multiprofissional que, além de acompanhamento médico, realiza avaliação psicodiagnóstica para afastar a existência de condições psiquiátricas inviabilizadoras das intervenções médico-cirúrgicas. Nesse sentido, a avaliação psicodiagnóstica consubstancia a produção do laudo diagnóstico da pessoa trans pleiteante da assistência do Protocolo Transexualizador, utilizando como referência os requisitos diagnósticos existentes na Resolução nº 1.955/2010 do CFM.

Contudo, não existe nada mais inverídico do que a visão de as pessoas transexuais e travestis serem potencialmente suicidas. As pesquisas de Berenice Bento comprovam a fragilidade dessa argumentação. Essa “visão suicidógena” é rebatida por Berenice Bento (2010, p. 181) com o contra-argumento de que é uma contradição que qualquer psicólogo ou psicanalista, minimamente consciente dos significados da aliança terapêutica, defenda a obrigatoriedade da terapia. Segundo a autora, essa “visão suicidógena” reproduz um discurso hegemônico de que as pessoas trans são transtornadas, portadoras de subjetividades desconectadas com realidade, “estratégica discursiva que retira a autonomia e não reconhece a condição de sujeitos das pessoas transexuais e travestis” (Bento, 2010, p. 181). Ainda acerca dos protocolos médicos adotados pelo Sistema Único de Saúde, a autora supracitada assevera que:

Questionar o protocolo, nos termos em que vem sendo implementado, é encarar a questão da patologização do gênero. Portanto, a questão do suicídio parece muito mais uma retórica da vitimização para continuar medicalizando os gêneros (Bento, 2010, p. 182)

O argumento da “visão suicidógena” é tão retrógrado e ilógico que, conforme verificado anteriormente, existe um crescente número de profissionais psicólogos e psicanalistas que se somam à luta pela despatologização do gênero em todo mundo, inclusive no Brasil. Ressalta-se que, conforme evidencia Berenice Bento (2010, p. 181), a agregação desses profissionais “passa a estabelecer uma importante discussão e disputa interna ao seu campo de saber” (BENTO, 2010, p. 181). O próprio Conselho Federal de Psicologia (CFP)

emitiu nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistências às pessoas trans e reconhece em suas considerações que:

1. A Psicologia tem o desafio de garantir à população trans o respeito à dignidade e o acesso aos serviços públicos de saúde;
2. A transexualidade e a travestilidade não constituem condição psicopatológica, ainda que não reproduzam a concepção normativa de que deve haver uma coerência entre sexo biológico/gênero/desejo sexual;
3. Na Portaria MS nº 1.707/2008, a psicoterapia é requerida, consistindo no acompanhamento do usuário no processo de elaboração de sua condição de sofrimento pessoal e social, antes e após a tomada de decisão da cirurgia de transgenitalização e demais alterações somáticas. O processo psicoterapêutico não se restringe, portanto, à tomada de decisão sobre cirurgias de transgenitalização e demais maneiras de modificação corporal;
4. É objetivo da assistência psicológica a promoção da qualidade de vida da pessoa por meio do acolhimento e do apoio, a partir da compreensão de que a transexualidade e outras vivências trans são algumas das múltiplas possibilidades de vivência da sexualidade humana;
5. As(os) psicólogas(os) devem considerar as inúmeras variáveis presentes no discurso de pessoas que pleiteiam a cirurgia transexualizadora. As pessoas trans têm autonomia e podem buscar apoio e acompanhamento psicológico na rede de saúde pública e privada, não só em centros de referência específicos, de modo que a psicoterapia deve ser fundamental para a tomada de decisão na realização do processo trans.

Isto é, o próprio Conselho Federal de Psicologia (CFP) adotou uma posição despatologizante da transexualidade e da travestilidade, por entender que elas não constituem condições psicopatológicas, além de reconhecer a multiplicidade da transexualidade e das outras vivências trans. Verifica-se, portanto, que esse posicionamento segue à risca as propostas da manifestação da *Campanha Internacional Stop Trans Pathologization* (STP).

Entretanto, o CFP asseverou que a psicoterapia ainda é requerida como uma obrigatoriedade pelo Ministério da Saúde, razão pela qual a assistência psicológica deveria se orientar por um modelo despatologizado e não corretivo da transexualidade e de outras vivências trans. Em suas orientações, o órgão asseverou a importância da assistência psicológica representar uma ferramenta de apoio ao sujeito, de modo a ajudá-lo a certificar-se da autenticidade de sua demanda, sem prejudicar a sua autonomia.

A entrevistada 1, em sua fala, fez uma referência direta à argumentação da “visão suicidógena”, conforme se verifica a seguir:

E aí tem quem diga que nós pessoas trans somos suicidas e mutiladoras né, mas tu acha que uma pessoa que se opera numa clínica clandestina, sabendo que corre risco, é o tanto de problema que dá e ainda depois ter de buscar o atendimento no SUS, é suicida? Não. Ela é uma pessoa que quer viver bem socialmente, ela quer ter o corpo dela, ela quer ficar bem consigo mesma, então ela não é suicida, mas pro CID por exemplo ela é. Nós só queremos viver bem consigo mesmos, daí a depressão não vem de ser trans, mas sim da transfobia, da discriminação, da violência, da sociedade como um todo. Outra coisa é que porque uma pessoa para a cirurgia de

transgenitalização precisa de um laudo? Um laudo não, vários, né. Tem que conseguir laudo até do papa. Uma mulher cis que quer fazer uma lipoescultura, se siliconar, precisa de laudo psiquiátrico? Não, mesmo sabendo que todas essas cirurgias são ultrainvasivas e também provoca morte e depois a pessoa também pode se arrepender. Se um homem quer ficar forte, bombado, ele pode ir e comprar hormônio para crescer, mas porque a pessoa trans não pode se hormonalizar sem um laudo? A verdade é nada disso não precisa de laudo porque tudo isso é “coisa de hétero”, né, é coisa da saúde da mulher cis e do homem cis.

Nesse excerto, a referida entrevistada criticou a argumentação de que todas as pessoas trans apresentam tendências suicidas, ao ressaltar que, se as pessoas trans, em sua grande maioria, buscam serviços à saúde e terapêuticas destinadas à construção de sua imagem, é porque desejam viver e se realizar como pessoa. Além disso, cabe salientar, em sua fala, a crítica feita à exigência de laudos diagnósticos para acessar o Protocolo Transexualizador. A entrevistada 1 fez um interessante contraponto ao reconhecimento de autonomia às pessoas cis e às pessoas trans para alteração de seus corpos. Para as mulheres e homens cis, é dada plena autonomia para realizarem uso de hormônios e alterarem seus corpos com cirurgias invasivas, entretanto, para as pessoas trans, isso somente é permitido com a apresentação de diversos laudos diagnósticos.

Dentre os entrevistados, a única pessoa que fez referência direta à psicoterapia foi a entrevistada 3, ao falar sobre suas impressões sobre a utilização dos serviços do Ambulatório TT:

Para mim a pior parte do ambulatório é a demora de tudo, tudo tem fila, tudo tem demora de meses, eu acho uó. Outra coisa que eu detesto é a terapia né, ninguém merece ir lá, a psicóloga chega e senta e diz ‘me fala da sua mãe, me fala do seu pai, me fala de não sei o que’ e eu lá quero saber de falar da minha família, viado. Se pudesse pular essa parte do tratamento seria por tudo, eu pularia porque não sou obrigada mesmo a ficar nessa terapia, mas tem que fazer, senão você sai do programa, daí tem que ir lá, falar da vida, dar aquele truque, fingir um choro, todo aquele equê.

Em sua fala, a entrevistada 3 revelou que não gosta e que não precisa da psicoterapia, entretanto é obrigada a realizar o acompanhamento psicoterápico por ser um requisito para diagnóstico de transexualidade e, por conseguinte, para utilização do Protocolo Transexualizador.

O entrevistado 4, ao explicar o conceito de disforia, fez uma breve menção ao fato de a “visão suicidógena” ser uma falácia, em virtude de os desejos suicidas não serem características compartilhadas por toda a comunidade trans:

Sobre a disforia, ela é como se fosse um desconforto sentido de uma parte corpo, a pessoa não vê aquela parte do corpo como sendo parte da sua imagem e isso causa aflição. E é possível ter disforia de vários tipos, existe disforia da genitália, do rosto, das mamas, até do nariz (risos) inclusive, ao contrário do que muitos pensam, disforia não é exclusividade das pessoas trans, pois existem muitas pessoas cis que

tem disforia com o seu corpo, a diferença é que elas tem autonomia para fazer o que quiser com o corpo, já a pessoa trans precisa de milhões de laudos para mudar o que se sente desconfortável. Inclusive, não só a disforia não é exclusividade das vivências trans, como muitas pessoas trans e muitas travestis não apresentam disforia. Assim como muitas pessoas trans não tem desejos automutilativos, não tem desejos suicidas. Isso são só criações de um tipo de transexualidade que o diagnóstico fez o desfavor de reproduzir e que os profissionais da saúde no Protocolo Trans seguem como se fosse uma cartilha. Então cai naquela situação que eu já falei, da pessoa ter que se adequar a uma figura de transexual que o psiquiatra, o psicólogo, espera que ela seja.

Essa situação, depreendida da fala do entrevistado 4, demonstra que, ao se partir do pressuposto das múltiplas possibilidades de experiências e práticas de gênero, não haver justificativa para definir um protocolo fundamentado no transtorno mental, tampouco em requisitos que definam essas pessoas “transtornadas”, como a disforia e as tendências à mutilação e ao suicídio. De acordo com Berenice Bento (2010, p. 182), a terapia psicológica é necessária para algumas pessoas transexuais e travestis, considerando sua condição, “mas o tempo da terapia e a escolha do(a) terapeuta devem ser questões (e todas as demais) fundamentadas no reconhecimento pleno da capacidade do sujeito que vive a experiência transexual e travesti em decidir” (BENTO, 2010, p. 182).

3.3.3. Argumento da “autoridade científica”: seriam os manuais diagnósticos internacionais produções científicas incontestáveis?

Em terceiro lugar, ainda pode ser encontrado no discurso em defesa do diagnóstico de gênero o argumento da “**autoridade científica**”, o qual é definido por Berenice Bento (2010, p. 184) como aquele argumento que “afinal, se está no DSM-IV, no CID-10 e no SO, é porque está provado cientificamente que há os normais de gêneros e doentes” (BENTO, 2010, p. 184). Esse argumento da “autoridade científica” é o que mais desvela as relações de poder que instituem o diagnóstico da transexualidade, pois sustenta a supremacia dos discursos emitidos pelas autoridades científicas que definem que as pessoas transexuais são doentes, transtornadas, a partir de suas teorizações científicas e de manuais diagnósticos.

Como demonstrado na segunda parte desta dissertação, houve um longo processo de definições médico-científicas acerca das vivências trans que culminou com a inclusão da transexualidade nos manuais diagnósticos como o *Standards of Care* (SOC), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

Dessa forma, mediante os referidos manuais diagnósticos, é autorizada à comunidade científica definir transtornos de gênero ou disforias de gênero, estabelecer protocolos

universalizantes e definir a normalidade de gênero, naturalizando essas concepções. Berenice Bento (Bento, 2010, p. 185) usa como exemplo o DSM e o considera um texto que reproduz uma visão cultural hegemônica e singular de gênero, mas que, contraditoriamente, universaliza essa concepção singular de gênero como se fosse universal, na figura do “transexual verdadeiro”, pois tem como aliada a retórica.

Ainda em análise à argumentação que envolve a supremacia dos referidos manuais diagnósticos, Berenice Bento (2010, p. 184) reconhece que o fato de reivindicarem para si um caráter científico definiu o seu êxito entre profissionais da saúde mental. Então, os manuais diagnósticos como o DSM, o CID e o SOC adquirem credibilidade pelo fato de se basearem em princípios de testabilidade e verificabilidade e serem produtos de ciências vistas como produtoras de “verdades”. Entretanto, a autora critica a autoridade dada a esses manuais, uma vez que os mesmos manuais reconhecem que não há confiabilidade em suas afirmações, existindo uma falácia de cientificidade do diagnóstico de gênero.

Acerca da falácia da cientificidade do diagnóstico de gênero, Bento Manoel Jesús (2013, p. 32/33) observa criticamente que muitos critérios e características diagnósticas apresentadas nesses manuais são questionáveis, por se tratarem de situações imprecisas ou de questões relacionadas ao contexto, à cultura, trabalhando com conceitos subjetivos, tais como “um sentimento de mal estar ou de inadaptação”, “uma sensação de inadequação”, e “sofrimento clinicamente significativo”. Isso significa que, numa consulta clínica para avaliação do diagnóstico da transexualidade, esses conceitos entram no campo da subjetividade tanto de quem fala, quanto de quem escuta, prevalecendo, no final, a interpretação do profissional de saúde.

Verifica-se também que esses manuais não são fixos e tampouco definitivos, haja vista, como mencionado anteriormente, tanto o CID como o DSM já patologizam experiências da sexualidade que atualmente não mais são entendidas como doenças. A homossexualidade, por exemplo, passou a existir como “homossexualismo” desde o CID-6 e o DSM-I, quando era entendida como desvio sexual. O processo de despatologização da homossexualidade somente teve início no ano de 1974, quando o “homossexualismo” foi retirado do DSM e recebeu a nomenclatura “homossexualidade”, começando a ser entendida como modo de viver e expressão sadia da sexualidade. Somente no ano de 1993 a homossexualidade deixou de ser considerada de fato doença, quando foi retirada do CID-10, devido à OMS passar a considerar a homossexualidade uma prática sexual inerente à sexualidade humana.

Desse modo, o bioeticista Cláudio Cohen (1999, p. 37) analisa o CID enquanto um verdadeiro código de etiquetas, ao expressar que o que se determina como doença é uma convenção, possível de ser modificada, como no caso da homossexualidade, pois “frente às pressões sociais das minorias, esse conceito foi revisto e, no atual código, deve ser entendida como opção sexual” (COHEN, 1999, p.37). O referido autor esclarece que, ao se desconsiderar o “homossexualismo” como doença, as organizações médicas precisaram incluir novas formas de patologizar pessoas de comportamento sexual desviantes, agora prevendo uma gama de novas enfermidades, a exemplo do “transexualismo”. Isso mostra como as categorizações desses manuais são historicamente construídas a partir de atravessamentos sociais e políticos.

Berenice Bento (2010, p. 185) ainda critica o argumento da “autoridade científica” considerando que “o DSM-IV, o CID-10 e o SOC são falaciosos e produtores institucionais de transfobia, lesbofobia e homofobia. Quem formula estes códigos é um grupo fechado de especialistas orientados pela heteronormatividade” (BENTO, 2010, p. 185). Em crítica à “autoridade científica” desses manuais diagnósticos, não se pode olvidar que tais postulados são contextuais e provisórios, uma vez que as próprias representações sociais de saúde e doença são construídas historicamente, compreendendo nesse processo histórico tanto mudanças quanto permanências de mentalidades.

Em sede de entrevistas, a entrevistada 2 tece uma crítica a essa “autoridade científica” dos manuais diagnósticos, ao ser questionada sobre o diagnóstico no Protocolo Transexualizador:

- E tu disseste que, para utilizar todos esses serviços, primeiro tu precisas ser diagnosticada como transexual. Me fala o que tu achas sobre isso, o diagnóstico, no caso.
- Então, acho que você já sabe né, tanto como você trabalha com isso, sabe que existem vários tipos de manuais, vários compêndios, que dizem o que é e o que não é doença. Daí eles usam esses manuais para diagnosticar se a pessoa é ou não é trans ou travesti.
- E o que tu achas sobre eles?
- A gente tem por exemplo, o DSM, que é o manual diagnóstico de transtornos mentais, que discrimina diversas doenças mentais na psiquiatria mundialmente falando né, e além dele, tem também o CID, o código internacional de doenças, e no CID a transexualidade tá lá colocada como uma doença, um transtorno. Ela tá lá no F64 como transexualismo ou seja ainda considerada como doença já que ela termina com o ismo e a travestilidade também tá lá, presente no F64.1 e no F65 1, que é o travestismo bivalente e o fetichista. Aí quando eu tô com uma amiga minha de faculdade a gente até brinca ‘e aí travesti, você tá se sentindo hoje bivalente ou tá fetichista, heim?’ (risos) desculpa, não sei nem se podia dizer isso...
- Não tem problema algum, pode continuar, tá ótima a discussão.
- Ai, você me desculpa, é que só rindo para não chorar, esses diagnósticos são ridículos, no sentido mais verdadeiro da palavra, a gente tem que rir deles, porque eles não tem nada de realidade, né? Os médicos, o pessoal de psi, mas não todos,

mas a maioria sim, eles encaram esses manuais e tudo que tá nele como se fosse uma bíblia... se tá lá, tá lá, se não tá, não pode fazer nada, por isso muita mulher trans sofre para conseguir o atendimento, né? Mas eu te pergunto, se esses manuais médicos são tão certos assim, porque tem muita trans por aí que não se vê nesse manual? Porque quase todas minhas amigas não se vêem nele, tem umas que sim, mas a maioria, elas não se conseguem ver na doença que tá lá colocada, nos quesitos que tão lá. Nem eu na verdade me vejo lá, porque por exemplo eu me descobri trans só na faculdade, depois de velha. Se eu disser o contrário, eles nunca vão me ver como uma mulher trans no diagnóstico né, daí tem que dizer que desde criança se sentiu diferente, essas coisas. Só um exemplo né, porque daí você tira, ixe, um montão de coisa mais que não bate no que tá lá no manual. Então daí vem aquela coisa, né, se os manuais e os quesitos são tão certos assim, porque tanta gente não se vê nele? Então tem um problema aí, né.

Como pode ser identificado no excerto acima, a impressão da pessoa trans sobre a utilização do diagnóstico de gênero no âmbito do Protocolo Transexualizador é de que ele é operacionalizado nos moldes do argumento da “autoridade científica”. A entrevistada citou que os médicos e os profissionais das Ciências Psi encaram os manuais diagnósticos como verdades inquestionáveis. Disso, então, decorreria a inquestionabilidade do diagnóstico de gênero, a ser suprido pela pessoa trans em todos os seus requisitos para que ela tenha acesso aos direitos à saúde custeados pelo SUS.

No discurso da entrevistada também pode ser identificada uma crítica aos manuais diagnósticos, mostrando a falácia que envolve a “autoridade científica” destes, conforme criticado por Berenice Bento (Bento, 2010, p. 185). A entrevistada critica a dita cientificidade dos manuais diagnósticos ao questionar que, se eles são produzidos como verdades, então não deveriam se distanciar tanto da realidade como o fazem. Os manuais diagnósticos erigiram o modelo diagnóstico de um “transexual verdadeiro” que não se coaduna com a diversidade de vivências trans existentes, logo, são incoerentes e não deveriam ser tidos como verdades científicas inquestionáveis.

O entrevistado 4, por sua vez, contribuiu com sua visão de transativista e de pesquisador científico sobre os manuais diagnóstico:

- E sobre esse diagnóstico que é exigido durante o Protocolo, me diz, o que tu achas sobre eles? No caso, não só o CID, que tu falaste sobre, mas também outros caso você tenha conhecimento também.
- Ah, são dois tipos de diagnóstico, existe o do CID e o DSM, posso falar só sobre eles?
- Claro, fica a vontade, pode falar o que você acha sobre eles
- Primeiro de tudo, os dois tratam a transexualidade, a travestilidade e as outras identidades trans como se fossem doença. Assim como a homossexualidade já foi doença, a transexualidade também é hoje. Nos anos 90 a OMS tirou do CID a homossexualidade, ou seja, ela deixa de ser doença, mas a transexualidade continua sendo doença em todos os âmbitos, todos os aspectos. O DSM ele até mudou para disforia de gênero na versão cinco, mas continuou a mesmíssima coisa. O que eu quero dizer com isso é que ele continua patologizando do mesmo jeito as

identidades trans, até porque os médicos continuam usando o diagnóstico do mesmo jeito que usavam quando era outro nome. E tu sabe como eles funcionam?

- Pode me falar.

- É como se tu tivesse qualquer doença, deixa eu pensar... por exemplo, digamos que tu tenhas uma dst. Daí você vai no médico, ele te examina e vê se tu tens aquele, aquele e aquele outro sintoma. Se tiver todos os sintomas, você tem aquela doença, aquela dst. E daí o médico vai lá no manual, procura o diagnóstico e te dá um código que é onde você se encaixa. A mesma coisa ocorre com a transexualidade, para você se enquadrar no diagnóstico você precisa encontrar uma série de sintomas e se enquadrar em todos. Você tem que ter disforia, você tem que estar odiando de morte o seu genital por um tempo de dois anos. Daí vem a primeira crítica, esses diagnósticos agem como se todas as pessoas trans fossem iguais e tivessem a mesma doença, entre aspas, quando na verdade isso não ocorre. Só na cabeça dos médicos que as pessoas trans são todas iguais. Como se todas as pessoas trans tivessem a mesma vivência, tivessem construído a mesma corporalidade e que a simbolização do seu corpo fosse a mesma, quando não é. E daí surge o problema do diagnóstico, não dá para diagnosticar algo que é tão diverso como a vivência de gênero. Outro problema do diagnóstico é como ele é construído e o porquê dele existir. Nós sabemos que não se faz ciência dentro de uma bolha. Eu faço ciência, tu faz ciência. Nós que fazemos ciência sabemos que uma pesquisa, principalmente nas áreas biológicas, se vale de seu método para nos convencer de que ela é completamente imparcial e tá livre de qualquer aspecto moral, qualquer julgamento de valor. Mas o cientista vive dentro de uma sociedade que é homofóbica, transfóbica, racista, machista e nós que fazemos ciência sabemos que tudo isso é reproduzido na ciência. Então os diagnósticos, como produto da ciência, já que foram cientistas que fizeram, eles são um fazer político e são um produto dessa visão preconceituosa. Então, por isso, tem que haver a luta política contra o diagnóstico e contra a patologização, só com muita luta é que vamos poder rever isso.

Na fala do entrevistado 3, é possível, em primeiro lugar, identificar que de fato existe um argumento de “autoridade científica” que busca legitimar a existência de um diagnóstico de gênero. Segundo o entrevistado, o diagnóstico de gênero é imposto às pessoas trans como se fosse um diagnóstico de qualquer outra doença, uma vez que, de acordo com os manuais diagnósticos, a transexualidade, de fato, é uma doença. O referido entrevistado ainda critica a forma como os profissionais da saúde utilizam o diagnóstico de forma objetiva e universalizante, apagando a diversidade existente nas vivências trans, ratificando a declaração da entrevistada 2.

Apesar de os manuais diagnósticos estarem legitimados por uma cientificidade e por princípios de testabilidade e verificabilidade, o entrevistado critica o fato de eles não estarem de acordo com a realidade das pessoas trans. Os profissionais da saúde, no momento da operacionalização desses diagnósticos, impõem requisitos (na palavra do entrevistado, sintomas) que não são compartilhados por grande parte das pessoas trans, o que é incoerente com os preceitos de cientificidade dos manuais.

Além disso, o entrevistado 3 critica a construção dos manuais diagnósticos ao apontar que a ciência é um produto de uma sociedade “homofóbica, transfóbica, racista, machista” e que isso acaba sendo reproduzido pela ciência, já que os cientistas estão inseridos nessa

realidade. Essa crítica feita pelo entrevistado 3 acompanha a crítica de Berenice Bento (Bento, 2010, p. 185) sobre “autoridade científica”, pois se constata a reafirmação de que os manuais diagnósticos são produtores institucionais de transfobia, lesbofobia e homofobia, por serem códigos formulados por um grupo fechado de especialistas orientados pela heteronormatividade.

3.3.4. Argumento das “concessões estratégicas”: deve se manter o diagnóstico de gênero para assegurar os direitos à saúde já conquistados?

Por fim, um dos argumentos mais recorrentes nas discussões sobre despatologização da transexualidade é o argumento das “**concessões estratégicas**”, o qual Berenice Bento resume como sendo a postulação de que “se a transexualidade e a travestilidade não forem consideradas doenças, o Estado não custeará as despesas com processos de transformações corporais” (BENTO, 2010, p. 182). Em suma, o argumento das “concessões estratégicas” consiste na concessão de que a transexualidade seja uma doença, como uma estratégia para garantir que as pessoas transexuais não percam os direitos de assistência médica já adquiridos, uma vez que estes somente foram alcançados em decorrência da patologização das vivências trans.

Em razão disso, talvez, esse seja o argumento em prol do diagnóstico de gênero mais debatido por transativistas e pesquisadores de estudos de gênero, consubstanciar o maior empecilho político encontrado na luta pela despatologização das vivências trans e envolver diversas consequências práticas. Quando se discute a possibilidade de aplicação desse modelo de abolição dos diagnósticos de gênero em nosso país, a discussão central que mais preocupa os segmentos interessados é como introduzir uma perspectiva despatologizante de gênero sem pôr em risco o acesso às políticas públicas de saúde que já são reconhecidas pelo nosso Sistema Único de Saúde.

Como o direito ao custeio de intervenções terapêuticas, em nosso Sistema de Saúde, apenas se consolidou mediante o discurso de patologização da transexualidade, há o receio de que a despatologização comprometa o acesso das pessoas trans às políticas públicas de saúde. Daniela Murta (2011, p. 89), ao analisar as concessões estratégicas, entende que, muitas pessoas transexuais, embora concordem com as mobilizações pela despatologização, argumentam que o acesso aos serviços de saúde só acontece em função do diagnóstico, sendo prudente que a manutenção da patologização para resguardar o direito à assistência médica e à realização de modificações corporais na rede pública de saúde (MURTA, 2011, p. 89).

É nesse cenário de “concessões estratégicas”, sob o constante temor da possibilidade de perder os benefícios de assistência médica custeados pelo SUS, que, ao mesmo tempo em que se reivindica uma nova forma de interpretação da transexualidade, aceita-se que esta seja considerada como uma doença de forma a assegurar os direitos já conquistados. A demanda por uma nova forma de interpretação da transexualidade, baseada na multiplicidade das vivências de gênero e de sexualidade para além do marco binário, é silenciada pelo receio da perda de direitos. Nas palavras de Bento e Pelúcio (2012, p. 577):

para as pessoas transexuais e travestis que precisam utilizar os serviços públicos para realizarem determinadas transformações corporais, é uma preocupação a retirada do caráter de transtorno das classificações e definições referentes a essas vivências (BENTO E PELÚCIO, 2012, p. 577)

Na opinião das autoras, ao mesmo tempo em que é proveitosa a despatologização da transexualidade, pelo estigma que causa ser considerado doente e pela violência simbólica do processo de diagnóstico de transexualidade, é também uma estratégia política considerada arriscada pela comunidade trans. De fato, é justificável o receio compartilhado pela maioria das pessoas trans ao tratar de “concessões estratégicas”, ao se levar em conta que o cenário político em nosso país é marcado pela escassez de políticas públicas e de aparatos legislativos que contemplem as demandas dessa população, além da existência de um Congresso Nacional completamente avesso às questões relativas à diversidade sexual e de gênero.

Na análise dos posicionamentos dos entrevistados quanto à questão da despatologização das vivências trans no Brasil e da abolição do diagnóstico de gênero, verificaram-se diversos trechos das falas das pessoas trans entrevistadas em que se identifica a presença do argumento de “concessão estratégica”.

A entrevistada 1, por exemplo, ao ser questionada de uma possível despatologização das vivências trans e abolição do diagnóstico de gênero, emitiu o seguinte discurso:

Olha, eu já li bastantes artigos sobre isso, inclusive na faculdade, quando estudamos o caso da homossexualidade, eu tenho amigas da militância que tratam mais disso, eu nunca fui a fundo mesmo, por isso não tenho ainda uma opinião formada. Tipo, é claro que eu sou a favor, né, de que seja despatologizado, não seja considerada mais doença, isso é óbvio. Mas daí não é tão simples assim, né, a gente tem que pensar muito bem ao tratar disso porque isso influi nos nossos direitos do SUS. Acho que todas as pessoas trans tem esse receio de perder os direitos, principalmente não ter mais assistência do SUS, né, que é o mais importante e quase são migalhas que dão para a gente. Então eu acho que o principal é rever essa questão do diagnóstico mesmo, porque ninguém merece a maneira como é feita a triagem das pessoas no protocolo. Eles exigem esse mundo de laudos, anos de terapia e mesmo assim chegando lá ainda temos que fingir que somos algo que não somos, porque eles acham que ser trans é uma coisa quando na verdade ser trans é ser muitas coisas, né. Mas eu prefiro não opinar muito sobre isso.

A entrevistada 2, ao ser questionada sobre a mesma questão, mostrou-se contrária à despatologização das vivências trans em razão da lógica trazida pelo argumento das “concessões estratégicas”, como pode ser constatado em sua fala:

- Agora, tu me falaste que é considerado doença pelo SUS, que existe diagnóstico. O que tu achas de não ser mais considerado doença pelo SUS?

- Eu acho que não pode deixar de ser considerada doença, porque aí complica tudo, né, no caso vai retroceder. No fundo a gente sabe que não é doente, mas no ambulatório são outros quinhentos. Eu mesma só uso o ambulatório porque sou doente, então se eu não for mais doente, como que vão me tratar? Não vão, né?

A entrevistada 3, ao ser questionada sobre a despatologização das vivências trans, traçou uma lógica claramente guiada pela argumentação das “concessões estratégicas:

- E, caso a transexualidade não seja mais considerada doença, o que você acha disso?

- Como assim?

- Se o SUS não considerasse mais a transexualidade, nem qualquer outra vivência trans, como doença, passasse a ver só como expressão da sexualidade ou do gênero, o que você acha disso?

- Seria nada mais do que o certo, né? Eu acharia ótimo, mas acho que não.

- Não o que?

- Eu acho que isso nunca vai acontecer, porque eles acham que a gente tem uma doença e por isso que a gente pode se tratar. Daí se não considerar mais doença, eles não irão mais tratar, eles já não tratam com a gente sendo considerada doença.

A entrevistada 5, por sua vez, ao tratar da questão da despatologização das vivências trans, ressaltou a importância das “concessões estratégicas” ao abordarem a abolição do diagnóstico:

Então, vamos falar da questão da despatologização. O desafio dessa questão da despatologização do gênero é que é uma discussão acadêmica, principalmente, mas tem seu viés político também, porque a academia retroalimenta a militância e vice-versa. Tem gente que dá seus pitacos sobre o assunto, mas são poucos que estudam a fundo o caso, acho que o desafio é responder como contemplar a população trans no que ela precisa, respeitando os direitos ao mesmo que observando sua realidade, que não é patológica. Quem conhece a população trans sabe que não é uma patologia. Mas é muito complicado, já que é preciso observar essa realidade da necessidade da despatologização sem comprometer seus direitos de acesso à saúde e a questões jurídicas que foram construídas com muita luta, muito suor. Então o desafio é como podemos enxergar e continuar com esse direito ao acesso sem efetivamente carimbar de doente o indivíduo.

O argumento das “concessões estratégicas”, apesar de ser recorrente no debate sobre despatologização de gênero e ser absorvido por grande parte da comunidade trans, não é um argumento insuperável e, muito menos, ausente de críticas. Como será exposto a seguir, embora seja uma tarefa tortuosa, é plenamente possível desconstruir as razões que mantêm a

transexualidade e a travestilidade como patologias, ao mesmo tempo em que se garanta o acesso das pessoas trans aos serviços de saúde adequados.

A argumentação das “concessões estratégicas” é, segundo Berenice Bento e Larissa Pelúcio (2012, p. 577), uma grande contradição, uma vez que ocorre uma inversão à lógica do pertencimento a uma comunidade chamada Estado-Nação. Para as autoras, quando se defende que a despatologização desobrigaria o Estado a custear os procedimentos de transformações corporais, “os interesses hegemônicos do Estado são transformados como verdades a-históricas e a biopolítica passa a ser naturalizada por um discurso de atemporalidade” (BENTO E PELÚCIO, 2012, p. 577). Dessa forma, concebe-se o Estado como uma força abstrata para além do mundo da vida e com poder absoluto, quando ele, na realidade, somente ganha sua concretude nas ações de sujeitos históricos.

Berenice Bento e Larissa Pelúcio (2012, p. 577) ainda criticam o argumento das “concessões estratégicas” por ele ser considerado um “argumento derrotista”. Segundo as autoras, os maiores interessados na despatologização do gênero, as pessoas trans, não deveriam aceitar essa situação de “concessões estratégicas” como uma guerra já perdida. Ao invés de assumir uma postura derrotista em torno dessa discussão, Bento Manoel de Jesus (2013, p. 86) assevera que “no Brasil já existe uma porta aberta que é o próprio SUS, pois mesmo é regido pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade” (JESUS, 2013, p. 86). Dessa forma, a comunidade trans não precisa mais se valer do diagnóstico de gênero para se ter acesso à saúde, ainda mais por se ter ciência que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reviu sua concepção de saúde e passou a tratá-la como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades.

Outrossim, o argumento das “concessões estratégicas” ainda é problemático haja vista que o silêncio diante de uma produção e reprodução de uma cidadania precária e deficitária, intencionalmente implementada pelo Estado, retira as pessoas trans da posição de vítimas e as transpõem para a de cúmplices. Conforme defendem Berenice Bento e Larissa Pelúcio (2012, p. 575), ao aceitar as concessões estratégicas e concordar que as vivências trans sejam diagnósticas, acaba-se por “permitir que os seres construídos como abjetos devam continuar habitando as margens do Estado. Esse discurso precisa ser radicalmente combatido” (Bento e Pelúcio, 2012, p. 575).

Com o exposto acerca dos quatro argumentos principais que sustentam o discurso a favor da manutenção do diagnóstico de gênero, conclui-se que esses argumentos estão longe de serem “verdades inquestionáveis”. Diante de suas incoerências e da forma como eles reproduzem a heteronormatividade e a transfobia, é necessário o questionamento, a

desconstrução e a oposição às argumentações supracitadas. Apenas com o confronto dessas questões é que será possível findar o ciclo de alimentação da máquina produtora dos normais e dos anormais de gênero e abrir portas para uma concepção das vivências trans que englobe a autonomia dos indivíduos e a multiplicidade de identidades de gênero.

3.4 Discutindo soluções inclusivas: apreciação da viabilidade de um modelo inclusivo de despatologização das vivências trans

Conforme verificado ao longo da presente pesquisa, houve um longo processo de patologização das vivências trans, em razão da consolidação de um dispositivo da transexualidade a partir do qual se reproduz o paradigma do “transexual verdadeiro” nas políticas de inclusão do Sistema Único de Saúde. Até o momento, os processos de readequação de gênero continuam sendo classificados como terapias para transtornos mentais pelos manuais diagnósticos, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), cuja nova versão data de 2013, e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), cuja versão (CID-11) é aguardada para o ano de 2017.

As pessoas trans, por sua vez, vêm sendo expostas às dinâmicas de exclusão social e transfobia quando da utilização das políticas de inclusão do Sistema Único de Saúde, nomeadamente o Protocolo Transexualizador, pela imposição do diagnóstico de gênero e pela exigência de uma adequação a um modelo de “transexual verdadeiro”. Embora entendido como uma política de inclusão, esse modelo de saúde limita os direitos fundamentais das pessoas trans ao excluir grande parte da diversidade das vivências trans encontradas no Brasil que não se adequam a esse molde.

Esse cenário de violência institucional é, ainda por cima, perpetuado pelas da reprodução de diversas argumentações a favor da manutenção da patologização da transexualidade e da travestilidade. Levantam-se questões como a diferença natural de gênero, a visão suicidógena das pessoas trans, a autoridade científica dos diagnósticos e, principalmente, as concessões estratégicas que precisam ser feitas para resguardar os direitos à saúde já conquistados.

Entretanto, mesmo que se reconheça a importância estratégica da compreensão patologizada da transexualidade na história de luta política por direitos de pessoas trans, é possível observar que, ao longo das últimas décadas, fortaleceu-se a demanda pela despatologização das vivências trans. Sob um discurso crítico acerca do modelo biomédico da transexualidade, argumenta-se que o diagnóstico de gênero tem um caráter normativo e

obscurece a transfobia a qual estão submetidos estes sujeitos trans. De forma a discutir e reverter essa situação, ativistas e acadêmicos tem proposto a visibilidade dos corpos e das identidades não normativas e defendido a resistência à medicalização da identidade de gênero e às pressões institucionais pela normalização dos corpos.

Nessa perspectiva, desponta a despatologização das identidades trans como uma estratégia política de inclusão social e negociação com o saber médico. Despatologizar as vivências trans seria, resumidamente, retirá-la dos catálogos médicos de doenças mentais, para ela ser entendida como uma experiência identitária. Entretanto, Bento Manoel de Jesús (2013, p. 58) assevera que a despatologização das identidades trans vai mais além e envolve também:

transformar o modo como essa experiência é tratada, significa deixar de interpretá-la como uma condição de menos-valia. Dessa forma, retirá-la da categoria de transtorno mental é uma das estratégias para desconstruir o estigma que lhe é imputado (JESÚS, 2013, p. 58)

Desse modo, “diferentes movimentos sobre a despatologização das identidades trans ganharam força em âmbito internacional” (LIMA, 2014a, p. 72). Resultado: as discussões sobre a questão da despatologização do gênero nesses manuais se intensificaram e criaram um ativismo internacional pela despatologização trans, intitulado *Campanha Internacional Stop Trans Pathologization* (STP). A referida campanha de âmbito internacional envolve diversas organizações e movimentos sociais de pessoas transgênero, encontrando-se em curso e direcionada à mobilização internacional e nacional pela retirada das chamadas identidades trans (transexuais e transgêneros) dos manuais diagnósticos internacionais.

A origem da *Campanha Internacional Stop Trans Pathologization* data de 2007, com o desenvolvimento da Rede Espanhola pela Despatologização Trans, movimento nacional da Espanha que posteriormente ganhou dimensões internacionais e tornou-se a *Campanha Internacional Stop Trans Pathologization 2012* (STP 2012). Posteriormente, a STP 2012 desenvolveria suas bases na *Campanha Internacional Stop Trans Pathologization* (STP), em virtude de suas premissas ainda precisarem ser aplicadas às legislações e aos sistemas de saúde de diversos países que entendem a transexualidade como patologia.

Todas essas evoluções em torno da STP refletem uma rede de mobilização em constante mutação, a mover-se para além do contexto nacional, a aumentar seu suporte e a ganhar influência internacional. No início, a rede de movimentos e ativistas que lutava pela despatologização se encontrava adstrita apenas em nível nacional, por ter sido criada para coordenar coletivos de ativistas transgêneros e outros coletivos feministas e *queer* que

lutavam contra a medicalização das identidades trans. Atualmente, a influência da STP evidencia-se em diferentes espaços sociais e médicos, principalmente no que concerne às discussões em torno da revisão da sétima edição da *Standards of Care* (SOC), do debate acerca da edição do DSM-V e do futuro lançamento do CID-11, entre outras questões.

Ademais, ainda sobre a influência da STP, observa-se que, ao longo dos anos, diferentes plataformas e federações internacionais mostraram seu apoio à demanda de despatologização do gênero, a exemplo: Coalición Global de Jóvenes TIBQLG (COGAJ); Global Action for Trans* Equality (GATE); ILGA Europe; Mulabi, el Espacio Latinoamericano de Sexualidades y Derechos (Argentina, Chile, Paraguay, Costa Rica y Colombia); NextGeneration; Red Latinoamericana y el Caribe de personas trans (REDLACTRANS); Red Latinoamericana y del Caribe de Acción Voluntaria en VIH/Sida; Secretariado Trans de ILGA; The Global Forum on MSM & HIV (MSMGF); e Transgender Europe (TGEU). Além disso, até outubro de 2015, a STP contava com a adesão de 397 grupos e redes de movimentos sociais e coletivos da África, América Latina, América do Norte, Ásia, Europa e Oceânia, contabilizando mais de 100 ações em 45 cidades desses diferentes continentes.

Haja vista as mobilizações da STP 2012 acontecerem em diversas partes do mundo e influenciarem a revisão de legislações e normativas para que despatologizem as vivências trans, o Brasil também se tornou cenário de discussão e desenvolvimento da referida campanha, evidenciando a adesão de diversos grupos e organizações brasileiras⁶³ a essa causa.

Dentre as organizações brasileiras que apoiam a referida campanha, citam-se ANIS (Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero), Associação da Parada do Orgulho GLBT de São Paulo, Coletivo Stonewall, Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, Grupo de Pesquisa em Cultura e Sexualidade da Universidade Federal da Bahia (CUS), Fórum Paulista de Travestis e Transexuais, Fórum Paulista de ONGs LGBT, Grupo de Pesquisa Corpo, Identidades e Subjetivações da Universidade Federal de São Carlos/SP, Instituto Aphrodite, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Núcleo de Identidade de Gênero e Subjetividades (NIGS).

Apesar de não estarem na lista de adesões da STP 2012, há outras organizações e grupos que fazem parte da campanha, conforme lista Bento Manoel de Jesús (2006, p. 74): o

63 Para acesso completo da lista de adesões dos grupos e organizações à campanha Stop Trans Pathologization e demais informações sobre o referido projeto, acessar: <http://www.stp2012.info/old/pt/adesoes>.

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP); a “Associação Brasileira de Estudos da Homocultura (ABEH)”;

o “Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Diversidade Sexual, Gênero e Direitos Humanos – Núcleo Tirésias” da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; o “Ser-Tão – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade” da Universidade Federal de Goiás; a CSP-Conlutas – Central Sindical e Popular; o “GENI – Grupo de Estudos de Gênero, Memória e Identidade” da Universidade Federal do Maranhão; e o “GEPSs – Grupo de Estudos e Pesquisas em Sexualidades” da Universidade Federal do Espírito Santo.

Ainda, no âmbito nacional, em análise aos atores da campanha pela despatologização das vivências trans no Brasil, Bento Manoel Jesús (2013, p. 73) destaca que “as ações que podem ser consideradas como uma campanha pela despatologização da transexualidade no Brasil não têm estrutura orgânica, trata-se de iniciativas absolutamente fragmentadas” (JESÚS, 2013, p. 73). Significa que, embora nosso país seja um dos Estados com mais adesões à campanha STP, faltam iniciativas em nível nacional que mobilizem todos esses apoiadores da campanha e produzam avanços palpáveis na luta pela despatologização.

Sendo assim, ao se entender como se configuram os atores internacionais e nacionais envolvidos na discussão de despatologização, passa-se para a análise do Manifesto da Rede Internacional, uma vez que, embora a campanha de âmbito internacional reivindique prioritariamente a retirada das vivências trans dos manuais de doenças mentais, ela engloba uma variedade de metas. Dessa forma, a partir da análise do Manifesto da Rede Internacional, é possível sistematizar, como objetivos principais da STP, os seguintes pontos

- A retirada da categoria de “disforia de gênero”/“transtornos de identidade de gênero” dos manuais internacionais de diagnóstico (as próximas versões: DSM-5 e CIE-11);
- A abolição dos tratamentos de normalização binária a pessoas intersex;
- O livre acesso aos tratamentos hormonais e às cirurgias (sem tutela psiquiátrica);
- Serviço público de atenção à saúde trans específica (acompanhamento terapêutico voluntário, atendimento ginecológico/urológico, tratamentos hormonais, cirurgias);
- A luta contra a transfobia: fomentar a formação educacional e a inserção social e no mundo do trabalho das pessoas trans, assim como visibilizar e denunciar todo tipo de transfobia institucional ou social.

Em suma, constata-se que a demanda principal do STP é a retirada das categorias relacionadas com as identidades de gênero dos manuais diagnósticos DSM e CID, com vistas à garantia dos direitos à saúde das pessoas trans, inclusive ao acesso gratuito a uma atenção integral à saúde da melhor qualidade possível e à mudança do modelo de avaliação com enfoque baseado na autonomia e decisão informada. Esse objetivo é mais bem explanado nas palavras de Amet Suess (2014, p. 74), ao arguir que:

Os aspectos relevantes dos discursos envolvendo a despatologização incluem o questionamento da classificação diagnóstica atual de experiências trans, a demanda de reconhecimento de direitos das pessoas trans, entre eles direitos à saúde, revisão do modelo de atenção à saúde trans e a demanda pelo reconhecimento da diversidade de gênero/corpos (SUESS, 2014, p. 74)

Nesse debate político, a crítica aos protocolos de saúde excludentes da diversidade trans e a definição incluyente da vivência transexual é tão essencial quanto a reivindicação da retirada das vivências trans do rol de transtornos mentais. O projeto de despatologização das vivências trans não se resume a abolir um diagnóstico, mas também de “expor a diversidade dessa experiência e demonstrar que existe uma multiplicidade de subjetividades e sexualidades que não necessariamente vão estar adequadas ao modelo binário dos sexos” (MURTA, 2011, p. 95).

A entrevistada 1, em sede de entrevista, associou diretamente a estratégia de despatologização com o respeito à autonomia das pessoas trans, ao ressaltar a importância do reconhecimento da diversidade encontrada nas vivências trans:

A gente fala hoje muito em despatologização do gênero, para mim isso seria essencial discutir falando de SUS, né, já que isso não trata só do respeito as travestis e aos transexuais, ela diz respeito a todos. Isso está muito ligado com respeito à autonomia da pessoa, ao desejo que ela tem de mudar o corpo, com a propriedade que ela tem sobre o próprio corpo e da simbolização que ela faz desse corpo e, principalmente, com essas variedades dentro das caixinhas. Não existe só um tipo de pessoa trans, né, existem vários que não se enquadram nas definições de travestis e transexuais. Mas mesmo assim essas pessoas necessitam de hormônio, de silicone, de uma cirurgia de mastectomia, de readequação do gênero, mesmo que não queira fazer a transgenitalização.

Indubitavelmente, com o mesmo sentido da argumentação apresentada pela entrevistada 1, a questão da despatologização do gênero é centrada na garantia do direito de autonomia das pessoas trans sobre seus próprios corpos, de modo que a decisão pelas alterações de características físicas e a modificação do nome e do gênero no registro civil não seja regulada pela Medicina, mas sim pela vontade do próprio sujeito.

Uma vez expostas as bases do modelo de inclusão social chamado de despatologização das identidades trans, mediante o estudo do movimento internacional e nacional envolvidos na luta pelo fim do diagnóstico de gênero, e após clarificar suas estratégias e seus objetivos a serem alcançados, finaliza-se a terceira parte desta pesquisa com a avaliação das possibilidades de aplicação de um modelo inclusivo de despatologização das vivências trans no Brasil. Então: é viável ou não a abolição do diagnóstico de gênero em nosso país.

Lionço (2009, p. 56) acentua a importância da despatologização das vivências trans como estratégia de promoção de saúde pelas políticas de inclusão do SUS, especificamente no

que tange o Processo Transexualizador, pelo fato de o condicionamento do acesso à saúde ao diagnóstico de gênero demarca um campo restritivo e artificial, no qual impera a lógica instrumental e avaliativa, quando não corretiva e punitiva. Dessa forma, faz-se necessário verificar a viabilidade da revisão aplicação desse modelo de inclusão em nosso Sistema Único de Saúde, pois o *corpus* de políticas públicas de saúde em nosso país não supre a necessidade de seus usuários.

Embora o foco da despatologização das vivências trans seja a abolição do diagnóstico de gênero, isto não implica abdicar os direitos à saúde já conquistados ou desconsiderar a necessidade de atendimento médico por parte de pessoas trans. A atenção integral à saúde das pessoas trans é uma demanda pertinente desse segmento e, nesse contexto, é necessário refletir sobre possibilidades de inclusão no sistema de saúde formal não condicionada a um diagnóstico e a reformulação de seus propósitos corretivos vigentes. Realizar essa reflexão é de extrema relevância pelo desafio de que o diagnóstico de gênero não pode ser simplesmente eliminado sem que se tenha vislumbrado outras maneiras duradouras de se alcançar os mesmos resultados.

De antemão, é preciso relembrar que, quando se fala sobre despatologização das vivências trans, não se trata somente de desclassificação ou abolição do transtorno de identidade de gênero dos manuais diagnósticos. Para Miguel Missé e Gerard Coll-Planas (2010, p. 46), despatologizar as vivências trans envolve a reivindicação de que as pessoas trans sejam reconhecidas como sujeitos ativos nos processos decisórios de seus tratamentos médicos e na aquisição de seu estatuto legal. Despatologizar, então, significa reivindicar a autonomia e a responsabilidade das pessoas trans sobre seus próprios corpos, de permitir que tomem as rédeas de suas próprias vidas, ação que até o momento é realizada exclusivamente pela equipe médica e multidisciplinar operacionalizadora do diagnóstico de gênero.

Para pensar um protocolo de saúde pautado na despatologização das vivências trans e na abolição do diagnóstico de gênero que assegure os direitos já conquistados pela população trans, é fundamental, em primeiro lugar, repensar todo o modelo médico de tratamento das pessoas trans, desde a atenção e o acompanhamento até a melhora do conhecimento médico, conforme defendem Miguel Missé e Coll-Planas (2010, p. 52). Sendo assim, nesse campo de revisão de políticas de inclusão, a demanda de despatologização das expressões, trajetórias e identidades trans no âmbito da Saúde e, por conseguinte, do Direito, prenuncia-se como uma profunda e importante mudança social.

Conforme análise de Roger Raupp Rios (2006, p. 95), o discurso presente em nosso modelo médico patologiza identidades e práticas sexuais, mesmo inexistindo consenso ou

muito menos reconhecimento oficial no meio científico acerca do caráter patológico dessas mesmas identidades e práticas sexuais. Compactuando com o raciocínio de Miguel Missé e Coll-Planas, Roger Raupp (2006, p. 96) entende que o desenvolvimento do direito da sexualidade em bases democráticas e atento aos direitos humanos “não pode deixar-se dirigir por postulados médicos ou biológicos, cujo papel como instrumento de controle social e político tem sido há muito tempo desvelado” (RIOS, 2006, p.96).

Sendo assim, nessa tarefa de mudança de revisão de modelo de assistência médica, existem importantes ferramentas metodológicas, que não se excluem: o biodireito e a do uso instrumental dos direitos humanos. Conforme ressalva Miriam Ventura (2010, p. 34/35), ao discutir um modelo médico que supra a necessidade das pessoas trans, o biodireito e o uso instrumental dos direitos humanos são indispensáveis “como ponte capaz de estabelecer uma linguagem comum, por meio dos princípios éticos e jurídicos, das deliberações nesses campos, inclusive no âmbito da saúde pública” (VENTURA, 2010, p. 34/35).

Segundo Lionço (2009, p. 57), o biodireito, enquanto campo multidisciplinar que entrelaça as práticas de assistência à saúde e o direito, evidencia-se como uma importante ferramenta ético-política para o questionamento de processos normatizadores que perpassam a atenção à saúde. Um modelo guiado pelo biodireito é capaz de, por exemplo, viabilizar um maior reconhecimento da diversidade de gênero na sociedade atual, já que “a Bioética emerge como referencial privilegiado para a consideração da justiça social no contexto da diversidade sexual” (LIONÇO, 2009, p. 57).

Na revisão de um modelo de assistência médica baseado no diagnóstico de gênero que valorize a complexidade e diversidade das vivências trans, é preciso mudar de um paradigma biopolítico para um paradigma baseado nos Direitos Humanos, permitindo considerar criticamente as práticas de assistência médicas atualmente sustentadas em preceitos morais e em dispositivos de controle que acabam por comprometer a universalidade do direito à saúde ao excluir uma variedade de pessoas trans do acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado.

Conforme aponta Amet Suess (2014, p. 74), é indispensável reforçar a importância dos Direitos humanos no desenvolvimento de uma política de inclusão despatologizadora das vivências trans. Roger Raupp (2005, p. 5), por sua vez, em sua pesquisa panorâmica sobre a situação dos direitos GLBT na América Latina, verifica que, na prática, existe uma ausência de regulamentação fundada na perspectiva dos Direitos Humanos quando se cuida da situação específica da transexualidade ou de travestis na América Latina.

Nestas frentes, Roger Raupp Rios (2005, p. 8-9) ressalta ser um grande desafio para a afirmação dos direitos sexuais das pessoas trans a tendência para a justificação biomédica destes direitos. O autor, ao analisar os direitos reconhecidos às populações trans na América Latina, enfatiza a costumeira prevalência das abordagens biomédicas no reconhecimento e operacionalização desses direitos, especialmente no tocante à transexualidade. E, no que tange ao tratamento dirigido às travestis, mesmo nos países onde tal condição não é considerada ilícita, “predomina uma abordagem repressiva, a partir da criminalização de atos considerados obscenos na via pública e da repressão à prostituição”. (RAUPP, 2005, p. 5).

Para aquilatar esse desafio no reconhecimento de direitos às pessoas trans em nossa região, é necessário atentar para os fundamentos que orientam a reivindicação desses direitos. Se as preocupações vinculadas à saúde sexual são importantes para a efetivação dos direitos sexuais das pessoas LGBT, Roger Raupp (2005, p. 8) defende que o reconhecimento de direitos sexuais deve se desenvolver numa perspectiva mais extensiva que a preservação e o cultivo da saúde fundada em preceitos biomédicos e imposições de diagnósticos de gênero. É preciso ter em consideração que “direitos sexuais em geral, e especialmente direitos sexuais LGBT, são informados por uma perspectiva de direitos humanos, perspectiva esta que pode entrar em conflito com visões biomédicas mais restritas” (RIOS, 2005, p. 8-9).

Dessa forma, justifica-se a essencialidade dos Direitos Humanos levando em conta que os requisitos normalmente exigidos para pessoas trans obterem o reconhecimento legal de sua identidade de gênero, tais como diagnóstico de gênero, realização de hormonioterapia e da cirurgia transgenitalizadora, são verdadeiras violações de Direitos Humanos e negações dos preceitos dos Princípios de Yogyakarta e demais resoluções internacionais. O uso do instrumental dos Direitos Humanos no campo da saúde significa, portanto, incorporar a noção de que saúde é, sobretudo, uma questão de cidadania e de justiça social, conforme defende Miriam Ventura (2010, p. 35).

Todas as pessoas, independente de suas vivências de gênero, têm direitos de proteção, de garantia e de promoção relacionados à sua saúde, para que assim seja viabilizado seu bem-estar e desenvolvimento humano. O referido uso instrumental significa, inclusive, de acordo com a autora “reconhecer, ainda a plena responsabilidade do Estado na implementação desses direitos e sua possibilidade de tutela judicial nos planos nacionais e internacional por meio dos mecanismos de garantia e promoção de direitos” (VENTURA, 2010, p. 35).

As vantagens existentes na relação entre os Direitos Humanos e a Saúde Pública numa revisão de modelo médico de tratamento das pessoas trans consistem nas possibilidades de enriquecimentos dos quadros compreensivos das teorias de ambos os campos de saber, na

melhoria da eficácia técnica das intervenções legais e de saúde e no estabelecimento de critérios éticos para a atuação dos profissionais de saúde, conforme defende Miriam Ventura (2010, p. 36).

Outro ponto que precisa ser considerado no desenvolvimento de um protocolo de saúde pautado na despatologização das vivências trans e na abolição do diagnóstico de gênero que assegure os direitos já conquistados pela população trans é, nas palavras de Miguel Missé e Coll-Planas (2010, p. 52), promover a ideia de que o acesso às ações e aos serviços terapêuticos específicos para a atenção à saúde integral das pessoas trans é uma questão de Saúde Pública e deve estar coberta pela seguridade social e ser custeada pelo nosso Sistema Único de Saúde.

Logo, pensar na implementação de um modelo de saúde baseado na despatologização das vivências trans que assegure o Processo Transexualizador e outras políticas públicas de saúde implica lançar mão do fato de que o SUS se pauta pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade e que, portanto, a população trans não precisa mais se manter refém do diagnóstico de gênero como condição de acesso garantido aos direitos à saúde, superando assim o argumento em favor da patologização conhecido como “concessão estratégica”.

Nesse contexto, é igualmente necessário retomar o conceito de saúde não como ausência de doença, mas como bem-estar físico, psíquico e social tal como fixado pela Organização Mundial de Saúde. De fato, desde 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou agravos” e ainda reconhece a saúde como um dos direitos fundamentais de todo ser humano, independente de sua condição social e, por conseguinte, identidade de gênero. Dessa forma, é preciso superar o argumento das “concessões estratégicas” ao se tratar do diagnóstico de gênero como estratégia de acesso a direito, uma vez que este se baseia na noção de saúde como ausência de doença, diferentemente da noção adotada pelo SUS, que é a definição da OMS, a qual concebe a saúde como um estado completo de bem-estar físico, psicológico e social.

Ao se considerar essa ampliação do conceito de saúde, o acesso à assistência médica, condicionado à presença de uma patologia e apreciação de um diagnóstico, deixa de ter sentido. Com o entendimento de que a saúde é um estado completo de bem-estar físico, psicológico e social, passa ser admissível o reconhecimento de direito à saúde baseado no mal-estar vivenciado pelas pessoas trans em função da transfobia e da heterocisnormatividade, não da consideração de sua identidade de gênero como doença. Conforme assevera Daniela Murta (2011, p. 96), “o atendimento da demanda por

modificações corporais não se traduz em um tratamento ou resolução da transexualidade, mas sim em um agenciamento do bem-estar do sujeito e um mecanismo de promoção da saúde” (MURTA, 2011, p. 96)

Incorporar essa noção de saúde integral, concebida não somente como a ausência de doenças, mas sim com o bem-estar físico, psicológico e social do sujeito implica, obrigatoriamente, rever a interpretação da transexualidade como um transtorno mental ou doença. Para efetivação de uma proposta de atenção a pessoas trans que tenha como objetivo primordial a promoção do bem-estar, é imprescindível ir além da suposta necessidade imperiosa de readequação da genitália e focalizar a atenção na singularidade de cada sujeito sem que o mesmo tenha que cumprir requisitos diagnósticos ou protocolos assistenciais pré-definidos. Nas palavras de Murta (2011, p. 97):

é necessário superar ainda a referência da atenção em um modelo patologizado da transexualidade e sua restrição a um único segmento, o de “transexuais verdadeiros”, e deslocar a prática assistencial de uma perspectiva resolutiva que fomenta o imperativo de adequação do sexo físico ao gênero (MURTA, 2011, p. 97)

E, para isso, é essencial que os desdobramentos das discussões sobre a despatologização das vivências trans e da salvaguarda de direitos à saúde conciliem a representação dos movimentos sociais, por um lado, e os parceiros governamentais, por outro. Essa estratégia se torna precípua para a devida efetivação de encaminhamentos na gestão das políticas públicas de saúde direcionadas para a população trans. Conforme citado quando da análise das portarias ministeriais do SUS, o Ministério da Saúde encontra-se mais receptível às discussões acerca da valorização da diversidade sexual, envolvendo-se em uma série de ações de promoção de maior equidade em saúde voltadas a vários grupos populacionais vulneráveis do país, incluindo a população trans.

Tatiana Lionço (2009, p. 52), em análise ao desenvolvimento do Protocolo Transexualizador pelo Ministério da Saúde, ressalta que a criação deste protocolo de saúde refletiu a garantia de participação social, já que permitiu o alargamento da perspectiva da atenção à saúde para além do viés médico-biológico e psiquiátrico e ainda resgatou os princípios do SUS. Dessa forma, considerando a existência de uma Política Nacional de Saúde Integral de LGBT criada especificamente para orientar as políticas públicas de saúde no Brasil, é possível vislumbrar uma política do SUS que permita a participação social dos segmentos interessados no desenvolvimento de seus protocolos que garanta que suas demandas e necessidades sejam ouvidas.

No que tange às implicações que a ausência do diagnóstico de gênero traria ao desenvolvimento de um protocolo de saúde pautado na despatologização das vivências trans,

Miguel Missé e Coll-Planas (2010, p. 52) defendem que uma saída para um sistema de despatologização das vivências trans que assegure direitos à saúde seria permitir o acesso às tecnologias médico-terapêuticas, não com um diagnóstico de transtorno ou qualquer outra enfermidade, mas sim com a instrumentalização de uma nova categoria ou menção não patologizante na própria classificação da OMS e da APA.

Nessa lógica, a instrumentalização de uma nova categoria ou menção não implicaria a atribuição de um diagnóstico de doença ou transtorno às pessoas trans e, ainda assim, garantiria a cobertura médica de suas necessidades. Bento Manoel Jesús (2013, p. 73) argumenta que “no caso da CID, o que se reivindica não é exatamente a retirada da categoria do compêndio médico, mas uma mudança de codificação” (JESÚS, 2013, p. 73). A proposta analisada em questão é a da retirada das vivências trans do tópico de transtornos mentais nos catálogos internacionais de doenças, para que, mediante uma menção não-patologizante, seja incluída num tópico relacionado aos processos de saúde e experiências da sexualidade não baseadas em enfermidades.

Como exemplo, a décima versão da Classificação, ou o CID-10, encontra-se em um amplo processo de revisão. A finalização do referido está prevista para 2017, com a aprovação do CID-11 pela Assembleia Mundial da Saúde. Até o momento, as identidades trans estiveram incluídas no Capítulo V do CID-10, “Transtornos mentais e comportamentais”, sendo utilizado pelos Estados e seus sistemas de saúde para diminuir ou anular a autonomia e dignidade das pessoas trans, privando-as de direitos humanos básicos.

Diante da atuação da STP, a OMS publicou em agosto de 2014 a versão não final das propostas elaboradas pelo Grupo de Trabalho da OMS sobre a Classificação de Transtornos Sexuais e Saúde Sexual (WGSDSH), que ainda pode sofrer alterações até o lançamento do CID-11. Todavia, indicam as mudanças junto à STP. Nas propostas evidenciadas, constata-se a retirada de todas as categorias trans do capítulo “Transtornos mentais e comportamentais”, as quais cederam espaço às categorias “Incongruência de gênero na adolescência e vida adulta” e “Incongruência de gênero na infância”, que serão inclusas em um novo capítulo, chamado “Condições relacionadas com a saúde sexual”.

Ao se considerar esse cenário, no âmbito legal, diferentes redes internacionais, movimentos sociais e ativistas regionais e locais demandam a abolição dos requisitos médicos presentes nas normativas de saúde, nas leis de identidade de gênero e nos precedentes judiciais atualmente vigentes, assim como acentuam a necessidade de aprovação de leis baseadas em uma perspectiva de direitos humanos e despatologização do gênero. Desse modo, a despatologização do gênero aplicada num instrumento legal assegura juridicamente

que as vivências trans não sejam mais entendidas como doença e/ou transtorno, mas sim como parte dos Direitos Humanos e da expressão da diversidade sexual do ser humano.

À guisa de comprovação da possibilidade de implementação de uma política de inclusão social que valorize a diversidade das vivências trans sob uma perspectiva de Direitos Humanos, pode-se fazer referências a diversos países que desenvolveram modelos bem-sucedidos de legislação e aboliram o diagnóstico de gênero e despatologizam a transexualidade e a travestilidade.

Como exemplo, a abolição do diagnóstico de gênero já foi aplicada em diversos países europeus, frente à pressão do movimento pela despatologização das vivências trans, tais como a Lei de Reconhecimento de Gênero na Irlanda⁶⁴ (Gender Recognition Bill) e a Lei de Identidade de Gênero, Expressão de Gênero e Características Sexuais da Ilha de Malta⁶⁵ (GIGESC Bill), ambas sancionadas no ano de 2015. Ressalte-se que a França foi o primeiro país do mundo a não considerar a transexualidade como patologia, tendo emitido em 10 de fevereiro de 2010 um decreto do Ministério da Saúde suprimindo os “problemas precoces de identidade de gênero” de um artigo do Código de Segurança Social francês relativo a “problemas psiquiátricos de longa duração”.

Ademais, existe uma forte pressão exercida por diversas entidades da sociedade civil no âmbito dos países da América Latina para esse pleito ser amplamente discutido, haja vista a Lei de Identidade de Gênero da Argentina⁶⁶ (Ley n° 26.743 de 2012) representar o mais avançado instrumento legal da aplicação desse modelo de abolição do diagnóstico de gênero e inclusão das diversas vivências identitárias de gênero. A Lei de Identidade de Gênero da Argentina representou uma transformação para o Estado em prol do reconhecimento político e jurídico das identidades e corporeidades trans ao incorporar os parâmetros oferecidos pelos Princípios de Yogyakarta e englobar padrões internacionais de direitos humanos em termos de acessibilidade, confidencialidade e universalidade. Em razão disso, a referida norma foi elogiada pelo Escritório Regional para América do Sul do Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos (ACNUDH)⁶⁷.

O texto aprovado da lei n° 26.743 de 2012 prevê o direito à retificação dos dados registrais das pessoas trans quando estes não concordarem com o gênero autodeclarado da

⁶⁴Disponível em: <http://www.irishstatutebook.ie/eli/2015/act/25/enacted/en/pdf>. Acesso em: 05/01/2017.

⁶⁵Disponível em: http://tgeu.org/wp-content/uploads/2015/04/Malta_GIGESC_trans_law_2015.pdf. Acesso em: 05/01/2017.

⁶⁶Disponível em: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/01/Ley-26.743-IDENTIDAD-DE-GENERO.pdf>. Acesso em: 05/01/2017.

⁶⁷ Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-parabeniza-argentina-por-lei-de-identidade-de-genero/>. Acesso em: 05/01/2017.

pessoa e, ainda, garante de forma integral, complementar, autônoma e suficiente o acesso à saúde integral. Isso significa que, para o Estado argentino, o acesso a hormônios e intervenções cirúrgicas atinentes à readequação de gênero deve ser feito sem qualquer tipo de exigência de atestado médico ou diagnóstico. Da mesma forma, a lei impede que seja formado qualquer comitê multidisciplinar e/ou biotécnico de avaliação. Para Lei de Identidade Argentina, o diagnóstico de gênero é um ato que obstaculiza o acesso à direito e, por isso, deve ser desarticulado e condenado.

Profundamente inspirado na Lei de Identidade de Gênero argentina, o Projeto de Lei nº 5.002/2013, também conhecido como Projeto de Lei João Nery, é a primeira proposta de Lei de Identidade de Gênero brasileira, projeto desenvolvido pela Deputada Federal Erika Kokay e pelo Deputado Federal Jean Wyllys. O PL recebeu o nome de Lei João Nery em referência ao primeiro homem trans a ser operado no Brasil e que ficou conhecido por seus dois livros autobiográficos: “Erro de Pessoa - Joana ou João”, de 1984, e “Viagem Solitária - Memórias de um Transexual 30 anos depois”, de 2011.

O projeto de lei em questão, além de ser inspirado na Lei de Identidade de Gênero argentina, também é amplamente influenciado nos parâmetros propostos pelos Princípios de Yogyakarta, entendendo que a identidade de gênero corresponderia a uma como “vivência interna e individual do gênero tal como cada pessoa o sente, a qual pode corresponder ou não com o sexo atribuído após o nascimento, incluindo a vivência pessoal do corpo” que não deveria ser imposta a um parâmetro patologizante. Nesse sentido, o referido PL afirma em seu artigo 1º que todo cidadão terá direito ao reconhecimento de sua identidade de gênero, ao livre desenvolvimento de sua pessoa conforme sua identidade de gênero e a ser tratada e identificada de acordo com ela.

A Lei João Nery representaria um grande avanço para a tutela dos direitos de identidade de gênero em nosso país, uma vez que expressamente descarta a exigência de diagnósticos psicológicos ou psiquiátricos para reconhecimento de quaisquer direitos, a fim de evitar a patologização das identidades trans. Então, os direitos à retificação dos registros públicos e do acesso à saúde são formalizados na referida lei e, ainda, justifica-se que o reconhecimento desses direitos devem ser feitos sem que se patologizem as vivências trans.

Em face disso, atesta-se que o PL, ainda é assentado na perspectiva de auto-identificação da identidade de gênero, preservando a autonomia dos sujeitos, deslocando o poder de definição do sexo do especialista para o indivíduo. Ainda dispõe sobre a não necessidade de adequação entre o binômio gênero-sexo com a cirurgia transgenitalizadora,

rompendo a obrigatoriedade da coerência na relação entre sexo-gênero-sexualidade que existe no nosso Protocolo Transexualizador.

Acerca da importância da aprovação de uma Lei de Identidade de Gênero brasileira que aplique um modelo de despatologização do gênero e assegure os direitos à saúde das pessoas trans, segue abaixo a fala do entrevistado 4:

A gente vê que é possível sim despatologizar o gênero, tanto que nossos vizinhos os argentinos já fizeram isso na lei de identidade de gênero deles e o Brasil ainda custa a reconhecer essa necessidade de legislação específica. Inclusive, é preciso, na verdade, é essencial, que se despatologize só com a presença de uma lei de identidade de gênero. Agora vou te dizer o porquê. Acompanha o meu pensamento. Vê só. Se despatologizar, tirar toda e qualquer exigência de diagnóstico, se cria uma situação de insegurança dos direitos, porque o que vai reconhecer os direitos às pessoas trans é só lei do executivo, que a qualquer hora pode cair. Tanto que já caiu, por exemplo, a inclusão da questão de gênero no Plano Nacional de Educação que já tava lá no Plano e foi retirada quando o governo golpista assumiu. E a situação está cada vez pior para a população LGBT, considerando o Congresso Nacional super retrógrado, o STF que tá mudando a cada mês e entrando pessoas cada vez mais de direita, as secretarias de direitos humanos que tão fechando. Tá muito difícil. Então o que me certifica que se abolir o diagnóstico de gênero o Ministro da Saúde não vai mudar as políticas do SUS e retirar os direitos das pessoas trans? Nada tá escrito em lei, lei mesmo. É por isso que a despatologização só pode vir ser aplicada por uma lei de identidade de gênero que reconheça todos os direitos necessários para assegurar as demandas das pessoas trans. Então tem que se lutar por uma lei de identidade de gênero e para que nela seja inclusa a questão do fim do diagnóstico de gênero, da do fim da patologização e tudo mais. De forma que assegure todos esses direitos.

Nesse trecho, o entrevistado 4 apresenta uma proposta de modelo de despatologização das vivências trans que objetiva solucionar o desafio trazido pelas “concessões estratégicas”, ou seja, abolir o diagnóstico de gênero sem que prejudiquem os direitos à saúde já reconhecidos às pessoas trans. Para o entrevistado, seria essencial a despatologização ser aplicada mediante uma lei de identidade de gênero brasileira, uma vez que ela asseguraria todos os direitos já existentes, ampliaria os direitos reconhecidos à população trans e ainda seria uma norma jurídica decorrente do Poder Legislativo, que traz mais segurança jurídica que as normas jurídicas do Poder Executivo.

Isto é, embora o Executivo regule a questão da saúde integral das pessoas trans pelo Processo Transexualizador do SUS, e, por sua vez, o Judiciário também o faça, pela jurisprudência, a falta de provimento do Legislativo sobre a matéria, no que tange aos direitos à saúde das pessoas trans, é incômoda. A simples providência do Poder Legislativo na aprovação de uma Lei de Identidade de Gênero, tal qual a Lei João Nery, ou de um dispositivo legal que aborde a questão do direito à devida adequação de gênero e seu financiamento pelo Sistema Único de Saúde regulamentaria em todo o país o direito a quem dela necessitasse,

sem o incômodo risco iminente de revogação de normativas administrativas em razão da discricionariedade executiva.

Nesse contexto, deve-se guiar o desenvolvimento de uma Lei de Identidade de Gênero brasileira enquanto uma expressão do “direito democrático da sexualidade”, conceito desenvolvido por Roger Raupp Rios (2006, p. 8) em revisão à difundida expressão “direitos sexuais”. Segundo o autor, uma abordagem jurídica da sexualidade radicada nos princípios da igualdade, da liberdade e do respeito à dignidade revela-se mais apta a responder aos desafios teóricos e práticos encontrados nas sociedades democráticas contemporâneas diante das diversas expressões, práticas e identidades associadas à sexualidade.

O direito democrático da sexualidade, portanto, apresenta-se como um alargamento da compreensão de direitos sexuais e o subsequente aprofundamento de sua compreensão pautado em referenciais principiológicos mais coerentes e sistematizado. Segundo Roger Raupp (2006, p. 81), o desenvolvimento de um direito democrático da sexualidade acaba “possibilitando postular um direito da sexualidade cujo âmbito de proteção reflita a amplitude da compreensão contemporânea dos direitos humanos e dos direitos constitucionais fundamentais” (RIOS, 2006, p. 81).

Trata-se, portanto, de elaborar um direito da sexualidade que tente evitar os perigos da fixação de identidades e práticas sexuais definidas e de rótulos e imposições heterônomas, sendo essa a razão pela qual uma Lei de Identidade de Gênero brasileira deve ser desenvolvida levando em conta o caráter democrático do direito da sexualidade, abarcando o maior número de vivências e expressões de gênero e de sexualidade. Por meio dessa abordagem democrática, evita-se “que as classificações rígidas, fundadas em distinções sexuais monolíticas, acabem reforçando a lógica que engendra machismo ou heterossexismo” (RIOS, 2006, p. 82).

Diante desses fatos, é possível confirmar a viabilidade da implantação de uma política de inclusão social brasileira baseada na despatologização das vivências trans e na abolição do diagnóstico de gênero. Com base nas orientações de Miguel Missé e Coll-Planas (2010, p. 53), conclui-se que a elaboração de um protocolo de atenção à saúde integral das pessoas trans pode, ao mesmo tempo, despatologizar as vivências trans, abolir o uso do diagnóstico de gênero e salvaguardar os direitos à saúde conquistados pelas pessoas trans, desde que leve em conta os seguintes eixos:

Em primeiro lugar, o protocolo precisa ser construído tendo como referência de que o motivo de uma pessoa trans necessitar de uma consulta médica é o mal-estar com a violência

que sofre por viver uma identidade de gênero não normativa, ou seja, o problema não deve ser atrelado à vivência trans, mas sim à transfobia e à heteronormatividade.

Em segundo lugar, os profissionais da saúde devem deixar de impor um modelo binário de gênero para as vivências trans, uma vez que o diagnóstico de gênero e os requisitos universalizantes constantes nele não dão conta da complexidade e da diversidade da vivência de gênero experienciada pelas pessoas trans.

Em terceiro, apesar de ser necessária a figura de um profissional da saúde que acompanhe a pessoa trans em suas decisões e suas transformações corporais, este não deve focar sua atuação no diagnóstico e/ou correção do gênero das pessoas trans, mas sim em apoiá-las nas decisões que tomam, sendo igualmente fundamental o assessoramento e o vínculo com redes locais comunitárias trans desde as primeiras consultas.

Por fim, considerando o contexto brasileiro e seu cenário político instável, o referido protocolo de saúde deve ser implementado por meio de uma lei de identidade de gênero, isto é, uma lei federal que reconheça, não somente os direitos à saúde das pessoas trans, mas todos os direitos necessários à sua realização pessoal e fruição de sua sexualidade e seu gênero.

Após as discussões aqui delineadas, conclui-se que o diagnóstico de gênero, apesar de ter se mostrado importante para instrumentalizar direitos, não responde mais às necessidades da comunidade trans, que almeja autonomia nas suas decisões sobre seu corpo e sua identidade de gênero e valorização da diversidade em torno das vivências identitárias. Ademais, como verificado no decorrer da pesquisa, é possível abolir o diagnóstico de gênero sem comprometer os direitos já adquiridos, principalmente os relacionados ao custeio de tratamentos médicos pelo Sistema Único de Saúde.

Ressalte-se que o enfrentamento dessas questões deve se dar por meio da abordagem dos Direitos Humanos, uma vez que essa abordagem, segundo Roger Raupp (2006, p. 96), viabiliza a “desmedicalização do discurso e das práticas a respeito dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, num movimento de genuína democratização dos temas relacionados à sexualidade, especialmente das políticas públicas” (RIOS, 2006, p. 96). Desenvolvendo um modelo de intervenção em Saúde Pública diferenciado e avançando significativamente nas políticas de assistência integral à saúde das pessoas trans, é possível preservar os diversos aspectos das vivências trans, respeitar o exercício pleno da identidade de gênero e assegurar as demandas necessárias para promoção da cidadania trans.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca perseverante por uma resposta à indagação acerca do impacto da abolição do diagnóstico de gênero nos direitos das pessoas trans já reconhecidos no âmbito do SUS impulsionou o desenvolvimento da presente pesquisa. Após debater e elucidar questões pertinentes ao tema proposto para este estudo, concluiu-se que, de fato, os direitos à saúde das pessoas trans foram justificados com base na existência do diagnóstico de gênero. Em razão disso, simplesmente abolir o diagnóstico de gênero no Brasil poderia causar diversas situações de insegurança jurídica para a população trans.

Contudo, ao finalizar esta dissertação, assevera-se ser plenamente viável a despatologização das vivências trans no contexto brasileiro, por ser possível levar a cabo o projeto de abolição do diagnóstico de gênero sem prejudicar os direitos já conquistados pelas pessoas trans. Essa conclusão decorre de uma série de questionamentos engendrados ao longo das três partes da pesquisa. Então, para melhor compreender como é possível repensar o modelo atual de saúde brasileiro de forma a contemplar a diversidade trans e resguardar os direitos já concedidos a essa população, elencam-se os seguintes e principais pontos defendidos nesta dissertação.

Na primeira parte da pesquisa, com base na perspectiva de Joan Scott (1995), adotou-se o conceito de gênero como uma categoria que deve ser utilizada para explicar teoricamente a realidade social, razão pela qual o gênero é uma categoria analítica e política. Com sentido similar à concepção de Joan Scott (1995), Judith Butler afirma que gênero não é uma característica inata, sendo construído ao longo do tempo, por apresentar influências sociais e culturais relacionadas do espaço-tempo em que é analisado. A autora inclusive questiona a aparente “natureza” do sexo ao entender que, assim como o gênero, o sexo também é uma produção cultural.

A emergência de sujeitos cujo sexo gênero é descontínuo, fora da linearidade, tais como as travestis e as pessoas transexuais, abala a noção de uma identidade estabilizada por aspectos como sexo e gênero e provoca diversas tensões em nível social e político. Em virtude disso, as formulações teóricas sobre gênero na perspectiva apresentada são essenciais para a construção dos saberes acadêmicos sobre a realidade das pessoas trans. Analisar as relações de gênero e, principalmente, indagar e criticar as desigualdades de gênero não é uma tarefa simples. É essencial levar em conta as implicações da matriz heterossexual, da

heterossexualidade compulsória e das abjeções produzidas quando do desvio da inteligibilidade do gênero na vida das pessoas trans.

Ao contextualizar a pesquisa no estudo do posicionamento do Estado diante das demandas das pessoas transexuais, ou seja, ao investigar a forma de os Três Poderes do Estado brasileiro tutelarem as vivências trans, concluiu-se que, além da necessidade de desenvolver normativas legislativas e executivas que respondam efetivamente às demandas e à necessidade do segmento trans, é preciso, em primeiro lugar, superar a falta de interesse dos legisladores em aprovar uma lei de identidade de gênero que consubstancie os direitos desse grupo vulnerabilizados. Além disso, é necessário que o Judiciário guie suas decisões a partir dos *standards* existentes nos documentos internacionais já consolidados e que abordam questões de identidade de gênero, tais como os Princípios de Yogyakarta.

Na segunda parte da pesquisa, constatou-se, a princípio, a existência de um dispositivo da transexualidade, considerando que existe um conjunto de discursos e práticas produzidos como mecanismo que, em determinado momento histórico, surgiram no âmbito das relações de poder para responder a uma demanda urgente da biopolítica.

Nesse sentido, entendeu-se a produção dos discursos médico-científicos sobre a transexualidade e a criação de categorias diagnósticas da transexualidade em manuais diagnósticos internacionais como mecanismos cuja estratégia é conformar as pessoas trans aos padrões de inteligibilidade social e controlar – e, em determinados casos, como das pessoas que não se incluem no padrão de “transexual verdadeiro”, excluir e invisibilizar - os corpos que desafiam a matriz heterossexual. A realização da cronologia do “fenômeno transexual” no discurso médico-científico e nos manuais diagnósticos internacionais, por sua vez, mostrou-se uma decisão metodológica acertada e esclarecedora para a compreensão da emergência do referido dispositivo.

Como se verificou, ao longo de dois séculos, os discursos médico-científicos e as nosografias médicas e psiquiátricas têm medicalizado e psiquiatrizado os corpos trans, criando uma concepção universalizante de pessoa transexual, o “transexual verdadeiro”. A partir da cronologia do “fenômeno transexual”, historiografia realizada pelo psicanalista francês Pierre-Henri Castel (2001), foi possível sistematizar a da história científica e cultural acerca da transexualidade, compreendida no período de 1910 a 1995. Depreendeu-se que, na terceira fase do “fenômeno transexual”, houve a construção e a fixação de um entendimento relativamente assente em torno de uma nova “doença diagnosticável”, o “transexualismo”.

A construção da nova figura do “transexual verdadeiro” foi desenvolvida em dois eixos teóricos, primeiramente, pela criação do diagnóstico de “transexual benjaminiano”, com

base na teoria endócrino-sociológica de Harry Benjamin, e, em seguida, pela criação do diagnóstico de “transexual stolleriano”, pautada na teoria psicanalítica de Robert Stoller.

A construção desses “moldes” diagnósticos a que o sujeito deveria se adequar para ser reconhecido enquanto trans permitiu a aceitação da categoria diagnóstica do “transexual verdadeiro”, acarretando a sua reprodução e reiteração pela comunidade médico-científica e seus respectivos discursos, cristalizando esses entendimentos em nosografias médicas e psiquiátricas.

Nesse ponto, a historiografia do processo de emergência do dispositivo da transexualidade nos manuais diagnósticos internacionais se revelou igualmente elucidativa, principalmente ao serem estudados os diagnósticos reproduzidos pelo CID e pelo DSM ao longo do último século. Os referidos manuais, com sua força normatizadora e seu alcance geopolítico, têm reproduzido essa categoria diagnóstica de “transexual verdadeiro” em modelos de saúde e políticas públicas de diversos Estados, que seguem aquelas orientações para definir seus programas de assistência e suas legislações específicas para as populações trans.

Ao final da segunda parte da pesquisa, concluiu-se que, em uma perspectiva de um dispositivo da transexualidade, ocorre a reprodução da categoria diagnóstica do “transexual verdadeiro” pelos vários feixes do biopoder e da biopolítica, isto é, reproduz-se essa categoria diagnóstica nos domínios da Medicina, do Direito e da Bioética, respaldando assim modelos de saúde transfóbicos, cuja regulação de sexualidade se dá sob uma abordagem heteronormativa e binária, além de restringir significativamente o acesso aos direitos à saúde.

Uma análise mais detida e contextualizada de como a categoria diagnóstica do “transexual verdadeiro” afeta os modelos de saúde e prejudica o acesso aos direitos à saúde é realizada na terceira parte da pesquisa. A partir do estudo de normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Ministério da Saúde (MS) que regulam o Protocolo Transexualizador, verificou-se que nosso modelo de saúde adotou a categoria diagnóstica de “transexual verdadeiro” e reproduziu em suas políticas públicas de saúde esse modelo patologizante e excludente das diversidades trans. Apesar de o objetivo principal da Protocolo Transexualizador ter sido pautado na afirmação da pluralidade das vivências trans e na promoção da autonomia da pessoa trans no que se refere à decisão por modificações corporais, a referida política de saúde acabou por reproduzir modelos internacionais de saúde assentados na figura do “transexual verdadeiro”, utilizando mecanismos de controle e normatização para regular o acesso de transexuais aos serviços de saúde.

Mediante a análise crítica do Protocolo Transexualizador, constatou-se que, em primeiro lugar, a utilização das categorias diagnósticas de “transtorno de identidade de gênero” ou de “disforia de gênero”, ou melhor, de “transexual verdadeiro”, como condição de acesso das pessoas trans aos serviços de saúde, é um ato que produz desigualdade de gênero ao excluir uma gama de vivências de identidade de gênero. Isso se dá em razão de, para serem absorvidas pelos serviços de saúde oferecidos pelo SUS mediante o Protocolo Transexualizador, as pessoas trans devem preencher os critérios referentes a esse diagnóstico para comprovar que amoldam às características de “transexual verdadeiro”. Portanto, impera no Protocolo Transexualizador a mais pura concepção rígida e universalizante das vivências trans e o apagamento da diversidade das vivências de identidade de gênero.

Concluiu-se, ainda, sobre as dinâmicas de exclusão do Protocolo Transexualizador, que pode ser duramente criticada a imposição às pessoas trans e às travestis do desejo pela cirurgia de transgenitalização, uma vez que isso constitui um verdadeiro ato de transfobia e de ofensa à autonomia da pessoa trans. Após analisar o fluxo da atenção do Processo Transexualizador, percebeu-se que o direcionamento do Protocolo Transexualizador é para a realização da cirurgia de transgenitalização, o que denota uma hipervalorização desse evento cirúrgico. Reafirma-se, entretanto, que a realização da cirurgia transgenitalizadora, ou ainda o desejo de realizar a referida modificação corporal, não define uma pessoa transexual, travesti ou qualquer outra vivência trans. Logo, essa imposição do desejo pela cirurgia transgenitalizadora configura uma ofensa à autonomia da pessoa trans.

Esses modos de funcionamento, saberes, rotinas, experiências e efeitos do Protocolo Transexualizador puderam ser devidamente analisados e contextualizados mediante experiências e opiniões das pessoas trans que utilizam os serviços de saúde oferecidos pelo Ambulatório TT. Nas declarações obtidas durante as entrevistas com os usuários do Protocolo Transexualizador, foram apontadas as diversas marginalizações e violências transfóbica simbólicas e físicas sofridas pelas pessoas trans em nossa sociedade, tais como: altos índices de evasão escolar; ausência de oportunidade de empregos; rejeição familiar; propensão a sofrer violência física e simbólica; altos índices de homicídio de pessoas trans no Brasil.

Além disso, a análise das experiências dos entrevistados enquanto usuários de políticas de inclusão do Sistema Único de Saúde revelou que não basta somente o reconhecimento de direitos à saúde para as pessoas trans, sendo necessário rever o modelo de saúde existente em nosso país de forma a responder às demandas de modificações corporais da população trans e garantir a permanência da população trans como usuária das políticas de saúde do SUS. A morosidade na oferta dos serviços de saúde do SUS e a longa espera do sujeito trans para

receber o tratamento são as mais frequentes reclamações acerca do Protocolo Transexualizador, sendo a principal queixa dos entrevistados juntamente com a existência da categoria diagnóstica do “transexual verdadeiro”.

A escuta dos usuários do Protocolo Transexualizador evidenciou que os padrões rígidos de definição do diagnóstico de “transexual verdadeiro” constante nos requisitos de acesso a esse Protocolo são insuficientes, pois são ineficazes para abarcar a diversidade e complexidade das vivências trans. Na opinião dos entrevistados, para se adequarem a esse requisito diagnóstico do “transexual verdadeiro” e ter acesso às políticas de saúde do SUS, as pessoas trans ficam amarradas às expectativas dos profissionais de saúde, sendo forçadas constantemente a comprovar que perfazem o modelo reproduzido pelo diagnóstico de gênero.

Quanto ao discurso existente em torno da patologização das vivências trans e da manutenção do diagnóstico de gênero em nosso modelo de saúde, atestou-se que os argumentos existentes não justificam essa lógica de categorização baseada em uma concepção excludente das vivências trans. A “diferença natural entre os gêneros” é uma visão transfóbica e heteronormativa de gênero. Não concebe o gênero como categoria analítica política nem como construção histórica e cultural. Ainda, a “visão suicidógena” diverge da realidade das pessoas trans e a “autoridade científica” dos manuais diagnósticos internacionais é uma falácia da cientificidade. E, embora as “concessões estratégicas” sejam os maiores empecilhos para a despatologização das vivências trans, podem ser revertidas pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade do SUS, pelo conceito atual de saúde veiculado pela OMS e por uma lei de identidade de gênero futura.

Por fim, ao serem expostas as bases do modelo de inclusão social chamado de despatologização das identidades trans, mediante o estudo dos movimentos internacionais e nacionais envolvidos na luta pelo fim do diagnóstico de gênero, certifica-se que despatologizar as vivências trans não implica as pessoas trans abdicarem do direito à saúde estipulado, muito menos que suas necessidades de atendimento médico sejam desconsideradas. Nessa tarefa de mudança de revisão de modelo de assistência médica, existem importantes ferramentas metodológicas que não se excluem: o biodireito e o uso instrumental dos Direitos Humanos. Ambos são essenciais para favorecer a elaboração de modelos de intervenção em Saúde Pública diferenciados, a fim de permitir avanços significativos nas políticas de assistência integral à saúde das pessoas trans.

Portanto, é possível despatologizar as vivências trans mediante uma lei de identidade de gênero brasileira, que assegure todos os direitos à população trans já existentes, amplie seus direitos reconhecidos, propiciando-lhe mais segurança jurídica, e assentando as

normativas que existem no Poder Executivo no Poder Legislativo. Nesse contexto, a aprovação de uma Lei de Identidade de Gênero brasileira representaria uma verdadeira expressão do “direito democrático da sexualidade”, pois, ao consolidar um modelo de saúde inclusivo, promove-se o desenvolvimento da pessoa trans sob todos os aspectos e todas as facetas dos direitos de personalidade, o que lhe garantirá não ser violada em sua integridade psicofísica. Dessa forma, poderá a pessoa trans exercer, em amplitude, seus direitos, sem restrições de cunho transfóbico e sem passar por situações vexatórias ao utilizar protocolos de saúde, alçando sua autonomia privada e integrando-se socialmente, em suma, existindo enquanto cidadão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, Giorgio. *O que é um dispositivo?*. Ilha de Santa Catarina: Ed. Outra Travessia. 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA, 2013.

_____. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fourth Edition, Text Revision, Washington, DC, 2000.

_____. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fourth Edition. Washington, DC, 1994.

_____. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Third Edition, Text Revision. Washington, DC, 1987.

_____. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Third Edition. Washington, DC, 1980.

_____. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Second Edition. Washington, DC, 1968.

_____. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, First Edition. Washington, DC, 1952.

ARÁN, Márcia. *A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero*. Ágora, v.9, n.1, p.49-63. 2006.

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, v. 19, n. 1. Rio de Janeiro, 2009, p. 15-41.

AZEVEDO, Thiago Augusto Galeão. *Direitos para alienígenas sexuais: um estudo sobre a lógica de poder e a verdade produzida sobre a sexualidade no campo jurídico*. [Dissertação de Mestrado]. Belém: Centro universitário do Estado do Pará, 2016.

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

BENJAMIN, Harry. *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press. 1966.

_____, Harry. *Transvestism and Transexualism*. The International Journal of Sexology, Vol. 7, p. 12-14. 1953.

BENTO, Berenice. Luta globalizada pelo fim do diagnóstico de gênero?. In: *Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção de políticas da própria vida*. SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos. RIBEIRO, Paula Regina Costa (orgs.). Rio Grande: FURG, 2011a.

_____, Berenice. *Resistência globalizada contra o diagnóstico de gênero*. In: Conselho Federal de Psicologia. *Psicologia e diversidade sexual: desafios para uma sociedade de direitos*. Brasília: CFP, 2011b.

_____, Berenice. Gênero: Uma categoria cultural ou diagnóstica? In: ARILHA, Margareth. LAPA, Thaís de Souza. PISANESCHI, Tatiane Crenn (orgs.). *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.

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

BENTO, Bento; PELÚCIO, Larissa. *Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas*. In: Revista Estudos Feministas, vol. 20, nº 2, p.569-581. Florianópolis, 2012.

BUTLER, Judith. *Desdiagnosticando o gênero*. Physis - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, nº 19, p. 95-126, 2009.

_____, Judith. *Vida precaria: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós, 2006.

_____, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAPEZ, Fernando. *Curso de Direito Penal*, volume 2: parte especial: dos crimes contra a pessoa a dos crimes contra o sentimento religioso e contra o respeito aos mortos (arts. 121 a 212). 8ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

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

CAULDWELL, David. *Psychopathia Transexualis*. International Journal of Transgenderism. Minnesota, vol. 5, n. 2. 2001.

COHEN, Cláudio. *Bioética e sexualidade nas relações profissionais*. São Paulo: Associação Paulista, 1999.

CONNELL, Raewyn. *Masculinities: Knowledge, power and social change*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução n.º 1.482/97*. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1482_1997.htm. Acesso em: 05/01/2017.

_____. *Resolução n.º 1.652/2002*. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1652_2002.htm. Acesso em: 05/01/2017

_____. *Resolução n.º 1.955/2010*. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm. Acesso em: 05/01/2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Nota técnica sobre processo Transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans*. Brasília: POL – Psicologia e Comunicação Online do Conselho de Psicologia. 2013. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/09/Nota-t%C3%A9cnica-processo-Trans.pdf>. Acesso: 12/03/2016.

ETTELBRICK, Paula L. ZERÁN, Alia Trabucco. *The Impact of the Yogyakarta Principles on International Human Rights Law Development*. A Study of November 2007 – June 2010. Final Report. 2010.

FACCHINI, Regina. *Sopa de letrinhas?: Movimento homossexual e produção de identidades nos anos 90*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005

FILHO, Eduardo Meinberg. NERY, João Walter. *Trans-homens: a distopia nos tecno-homens. Transexualidade e travestilidade na Saúde*. Brasília: Ministério da saúde, 2015.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GONÇALVES, Camila de Jesus Mello. *Transexualidade e direitos humanos: o reconhecimento da identidade de gênero entre os direitos da personalidade*. Curitiba: Editora Juruá, 2014.

GRANT, Carolina. *Direito, bioética e transexualidade: um estudo sobre os limites e as possibilidades de ampliação da tutela jurídica das experiências trans*. (Dissertação de Mestrado). Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2015.

_____, Carolina. *Bioética e transexualidade: o “fenômeno transexual” e a construção do dispositivo da transexualidade (Transexualismo) – o paradigma do transexual verdadeiro vigente no direito brasileiro*. In: XXII Encontro Nacional do CONPEDI, 2013, Curitiba. Anais do XXII Encontro Nacional do CONPEDI. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2013.

HARAWAY, Donna. *Gênero para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra*. Cadernos Pagu, Vol. 22, 2004.

HIRSCHFELD, Magnus. *Der Erotische Verkleidungstrieb (Die Transvestiten)*. Berlin: Verlag Von Alfred Pulvermacher & Co. 1912.

JESUS, Bento Manoel de. *Campanha pela despatologização da transexualidade no Brasil: seus discursos e suas dinâmicas*. (Dissertação de Mestrado). Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2013.

LANZ, Letícia. *Dicionário Transgênero*. Curitiba: Ed. Transgente. 2016.

LEITE JÚNIOR, Jorge. *Nossos corpos também mudam: sexo, gênero, e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico*. (Tese de Doutorado). São Paulo: PUC-SP, 2008.

LIMA, Fátima. *Produções e experiências trans – saber, poder e subversões*. In: LIMA, Fátima. *Corpos, gêneros, sexualidades: políticas de subjetivação*. Porto alegre: Rede UNIDA, 2014a.

_____, Fátima. *A construção do dispositivo trans: saberes, singularidades e subversões da norma*. In: LIMA, Fátima. *Corpos, gêneros, sexualidades: políticas de subjetivação*. Porto alegre: Rede UNIDA, 2014b.

_____, Fátima. *A invenção do dispositivo da transexualidade: produção de “verdades” e experiências trans*. In: *Revista Em Pauta*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 28, p. 117-130, 2011.

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

MANTI, Franco. *Bioética e biopolítica*. Instituto Italiano di Bioética Campânia. 2002.

MISSÉ, Miguel. COLL-PLANAS, Gerard. *La patologización de la transexualidade: reflexiones críticas y propuestas*. Norte de salud mental, vol. VIII, nº 38, 2010.

MURTA, Daniela. *Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil*. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011.

NUCCI, Guilherme de Souza. *Manual de Direito Penal: parte geral : Parte especial*. 6ª Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009.

OSPINA, Felipe Arias; VILLAREAL, Juliana Galindo. *El sistema interamericano de derechos humanos. Protección Multinivel de Derechos Humanos*. Manual - dhcs. Red de Derechos Humanos y Educación Superior. 2014.

PERES, Ana Paula Ariston Barion. *Transexualismo: O direito a uma nova identidade sexual*. Rio de Janeiro: Editora Renovar, 2001.

PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. São Paulo: Saraiva, 2013.

PISCITELLI, Adriana. *Gênero: a história de um conceito*. In: ALMEIDA, Heloisa Buarque de; SZWAKO, José (Orgs.). *Diferenças, igualdade*. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009.

_____, Adriana. *Recriando a (categoria) Mulher*. In: Leila Algranti (org.). *A prática Feminista e o Conceito de Gênero*. Textos Didáticos, nº 48. Campinas, IFCH-Unicamp, 2002.

RED INTERNACIONAL POR LA DESPATOLOGIZACIÓN TRANS. *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans em el marco del sistema nacional de salud*. 2010. Disponível em: <http://www.stp2012.info/old/pt/stp-propuesta-sanidad.pdf>.

_____. *Manifiesto de la red internacional por la despatologización trans.* 2009. Disponível em: <http://www.stp2012.info/old/pt/manifiesto>.

REUCHER, Tom. *Quand les trans deviennent experts: le devenir trans de l'expertise.* *Multitudes*, n° 20, p. 159-164, 2005.

RICH, Adrienne. *Heterossexualidade compulsória e existência lésbica.* Bagoas - estudos gays, gênero e sexualidades. Natal, n. 5, p. 18-44, 2010.

RIOS, Roger Raupp. NARDI, H. C. MACHADO, P. S. *Diversidade Sexual: políticas públicas e igualdade de direitos.* *Athenea Digital*, v. 12, p. 255-266, 2012.

_____, Roger Raupp. *Para um direito democrático da sexualidade.* Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 71-100, jul./dez. 2006.

_____, Roger Raupp. *Direitos sexuais de gays, lésbicas e transgêneros no contexto latino-americano.* Centro latino-americano em sexualidade e direitos humanos. Rio de Janeiro: 2005. Disponível em: <http://www.clam.org.br/pdf/rogerport.pdf>. Acesso em: 12/01/2017.

ROUDINESCO, Elizabeth. PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise.* Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

RUBIN, Gayle. *El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo.* Nueva Antropología, Vol. VIII, n° 30, México, 1986.

SAADEH, Alexandre. *Transtorno de identidade sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino.* [Tese de Doutorado]. São Paulo: USP, 2004.

SCHWADE, Elisete. *Heterossexualidade compulsória e continuum lesbiano: diálogos.* Bagoas - estudos gays, gênero e sexualidades. Natal, n. 5, p. 17-31, 2010.

SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica.* Educação e Realidade, v.20, n.2, p. 71-99, Jul./dez. 1995.

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

_____, Robert. *Masculinidade e Feminilidade: apresentações de gênero.* Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

SUESS, Amet. *Depathologization.* In: TSQ - Transgender Studies Quarterly, Volume 1, Numbers 1-2. North Carolina: Duke University Press, 2014

TEIXEIRA, Flávia do Bonsucesso. *Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade.* (Tese de doutorado).Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2009.

VENTURA, Miriam. *A transexualidade no tribunal: saúde e cidadania.* Rio de Janeiro: EDUERJ, 2010.

_____, Miriam. *Transsexualismo e respeito à autonomia: um estudo bioético dos aspectos jurídicos e de saúde da “terapia de mudança de sexo”*. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2007.

WEEKS, Jeffrey. *O corpo e a sexualidade*. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado – pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

WEINMANN, Amadeu. *Dispositivo: um solo para a subjetivação*. In: *Revista Psicologia & Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 16-22, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Manual of the international statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision*. Geneva. 1993.

_____. *Manual of the international statistical classification of diseases and related health problems, ninth revision*. Geneva. 1977.

_____. *Manual of the international statistical classification of diseases and related health problems, eighth revision*. Geneva. 1967.

_____. *Manual of the international statistical classification of diseases and related health problems, seventh revision*. Geneva. 1955.

_____. *Manual of the International statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision*. Geneva. 1948.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH (WPATH). *Standards of Care for the health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, seventh version. Minneapolis. 2011.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Como você se identifica enquanto pessoa trans?
2. Como você descreveria sua trajetória de vida enquanto pessoa trans?
3. Você utiliza o Protocolo Transexualizador ou qualquer outro tipo de serviço de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) direcionado a saúde das pessoas trans?
4. Como você descreveria sua experiência enquanto usuário (a) dos serviços do SUS direcionados à saúde das pessoas trans?
5. Você utiliza o Ambulatório TT? Caso positivo, qual sua trajetória como usuário (a) desse serviço?
6. Quais os pontos positivos e negativos em relação ao Protocolo Transexualizador e aos demais serviços de saúde do SUS?
7. Que sugestões você proporia para melhorar os serviços de saúde do SUS direcionados para as pessoas trans?
8. Qual sua opinião sobre a exigência do laudo diagnóstico/diagnóstico de gênero para utilização do Protocolo Transexualizador?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a), de uma pesquisa. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não sofrerá qualquer tipo de penalidade.

Título do Projeto: Despatologização das vivências trans: o impacto da abolição do diagnóstico de gênero nos direitos das pessoas trans

Descrição da Pesquisa: Esta pesquisa é uma dissertação de mestrado sobre o impacto da abolição do diagnóstico de gênero nos direitos reconhecidos às pessoas trans no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Busca-se a aplicação de questionamentos pré-elaborados, porém com flexibilidade a fim de a pessoa entrevistada poder revelar informações além das solicitadas. Estas entrevistas serão realizadas com pessoas trans usuárias do Protocolo Transexualizador no âmbito do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Estado do Pará, conhecido popularmente como Ambulatório TT.

Os instrumentos de coleta de dados consistirão em entrevistas individuais com pessoas trans usuárias do Protocolo Transexualizador e dos serviços de saúde do Ambulatório TT. Tais entrevistas serão previamente agendadas e realizadas em locais pré-estabelecidos. As entrevistas realizadas serão gravadas em mídia digital. A análise dos dados, produto deste trabalho, será utilizada tanto na produção da dissertação de mestrado, quanto na escrita de artigos a serem submetidos à publicação em revistas especializadas, assim como em apresentações em seminários, simpósios, congressos etc.

As pessoas que aceitarem participar da pesquisa não estarão sujeitas a qualquer risco, assim como não terão nenhum tipo de pagamento ou de gratificação financeira pela participação. Os dados confidenciais serão mantidos em sigilo, o que garantirá a privacidade dos sujeitos de pesquisa. Além disso, todo e qualquer sujeito é livre para se recusar a participar ou para retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa até quando da sua publicação, sem que isso incorra em qualquer tipo de dano para o mesmo.

Pesquisador Responsável: Manoel Rufino David de Oliveira

Voluntário (a)

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA
COMO SUJEITO DA PESQUISA**

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Despatologização das vivências trans: o impacto da abolição do diagnóstico de gênero nos direitos das pessoas trans” como sujeito de pesquisa. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador Manoel Rufino David de Oliveira sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso signifique qualquer penalidade.

Local e data: _____

Sujeito de pesquisa: _____

GLOSSÁRIO

Aqué: palavra do bajubá que significa “dinheiro”, “grana”.

Amapô: palavra do bajubá que significa “mulher cis”, admitindo variações como “mapô” e “amapoa”.

Agênero: Segundo Letícia Lanz (2016, p. 1), trata-se do indivíduo que se nega a ser enquadrado em qualquer categoria de gênero, ou seja, a pessoa que não se interessa por uma categorização de seu gênero ou tem aversão por quaisquer tipos de classificações de gênero.

Assexualidade: é a orientação sexual caracterizada pela ausência de atração sexual a qualquer pessoa, ou ainda, pelo pequeno ou inexistente interesse nas atividades sexuais. Segundo Letícia Lanz (2016, p. 2), a pessoa assexual não sente atração sexual por ninguém, nem do sexo oposto nem do próprio sexo, sendo, portanto, completamente desinteressada em participar de qualquer tipo de atividade sexual.

Bajubá: linguagem popular constituída a partir da inserção em língua portuguesa de palavras provenientes de diversos idiomas e dialetos africanos (nagô, iorubá, quimbundo, kikongo, umbundo, egbá, ewe e fon), usada inicialmente em terreiros de candomblé e, posteriormente, adotada como forma de comunicação entre a população LGBT no Brasil. É também conhecida como “pajubá”.

Bissexualidade: orientação sexual caracterizada pela alternância na sua prática sexual e atração afetiva, que ora se realiza com parceiros do mesmo gênero, ora com parceiros do gênero oposto. Segundo Ana Paula Ariston Peres (2001, p. 119), ser bissexual não significa estar em uma fase transitória de heterossexual para homossexual ou vice-versa. A bissexualidade é uma orientação sexual independente das demais, com características próprias, que consiste, de forma geral, na oscilação entre relacionamentos afetivos-sexuais heterossexuais e homossexuais, sem que isso leve à renúncia de uma das duas identidades.

Bombadeira: Trata-se da pessoa, geralmente travesti, com prática na aplicação clandestina de silicone industrial para modificar e feminilizar o corpo de outras travestis e mulheres

transexuais. Trata-se de uma prática caseira, realizada, na maioria das vezes, sem quaisquer condições sanitárias e capaz de provocar sérios danos ao organismo das pessoas que foram “bombadas”.

Cirurgia transgenitalizadora: Trata-se da intervenção cirúrgica mediante a qual se busca adequar cirurgicamente o aparelho genital do indivíduo para que se adeque ao gênero da pessoa. A cirurgia transgenitalizadora pode ser do tipo neocolpovulvoplastia, quando se transforma a genitália masculina em uma genitália feminina, e do tipo neofaloplastia, quando se transforma a genitália feminina em uma genitália masculina. Ressalte-se que cirurgia transgenitalizadora é popularmente conhecida como “cirurgia de mudança de sexo” ou ainda “cirurgia de troca de sexo”, mas esse termo é inadequado, uma vez que não se “muda de sexo”, apenas se adequa a genitália para que fique de acordo com o gênero da pessoa cirurgiada.

Cis: o prefixo cis é um termo usado como designativo de qualquer pessoa cisgênera, isto é, que possui o gênero adequado ao sexo biológico que recebeu ao nascer em função de seu órgão genital. Opõe-se ao prefixo trans, que é a forma abreviada de transgênero.

Cisgênero: Trata-se da pessoa que encontra o gênero, masculino ou feminino, adequado ao sexo biológico, masculino ou feminino, que recebeu ao nascer, em função de seu órgão genital. Segundo Letícia Lanz (2016, p. 4) indivíduos cisgêneros estão de acordo, e normalmente se sentem confortáveis, com os códigos de conduta atribuídos ao gênero a que pertencem, ao contrário das pessoas trans que, de muitas e variadas formas, se sentem desajustadas em relação aos rótulos de gênero que originalmente receberam ao nascer em razão do seu sexo biológico.

Cisgeneridade: termo utilizado para se referir à vivência de identidade de gênero das pessoas cisgêneras.

Crossdresser: Segundo Letícia Lanz (2016, p. 4), *crossdresser* é um tipo particular de transgeneridade, caracterizado por homens cuja aspiração é vestir e se comportar de acordo com o modelo hegemônico de feminino, sempre de forma ocasional e transitória, como hobby ou passatempo.

Drag queen: Trata-se da pessoa que, visando sua expressão artística e performática, se fantasia com roupas femininas extravagantes para entretenimento em boates e bares LGBT. Embora *drag queens*, na sua grande maioria, sejam homens cisgêneros homossexuais, mulheres cis e trans também podem exercer essa arte, uma vez que a produção visual da *drag queen* visa subverter e parodizar, de forma geralmente exagerada e cômica, os modelos hegemônicos de feminilidade.

Heteronormatividade: Segundo Letícia Lanz (2016, p. 11), heteronormatividade é o termo usado para descrever o conjunto de normas e processos legais e institucionais que conferem à heterossexualidade o monopólio da normalidade. A heteronormatividade gera e estimula o estigma, o menosprezo, a exclusão e a violência contra todos os indivíduos que existam de maneira divergente ou diferenciada desses princípios, sendo uma categoria que se encontra intimamente ligada ao entendimento de matriz heterossexual de Judith Butler (2003). Nesse sentido, a partir da heteronormatividade, reproduz-se a ideia de que os indivíduos devem, naturalmente, se incluir nos modelos hegemônicos de feminilidade e masculinidade vigentes e, ainda, possuir uma linearidade entre sexo, gênero e orientação sexual.

Heterossexualidade: A heterossexualidade refere-se à atração sexual e romântica sentida por indivíduos de sexos (ou gêneros) opostos. Cabe ressaltar que, ao longo da história e na maioria das civilizações, essa orientação sexual é tida como “normal” ou “biologicamente natural”, fazendo com que o comportamento heterossexual seja compulsoriamente cobrado de todos os indivíduos, fenômeno que Adrienne Rich (2010) conceituou como “heterossexualidade compulsória”.

Homofobia: uma série de atitudes e sentimentos negativos em relação a pessoas homossexuais. Por extensão, a homofobia pode englobar a antipatia, o desprezo, a aversão, o medo irracional, a repulsa, a intolerância, o preconceito, a discriminação e a perseguição de pessoas que não se enquadram nos códigos de conduta heterossexual política e culturalmente estabelecidos. Segundo Letícia Lanz (2016, p. 11), o indivíduo homofóbico é capaz de praticar atos de violência física e/ou moral contra gays, lésbicas e quem mais que, ao seu critério, transgrida, ou mesmo lhe pareça transgredir, as normas de conduta heterossexual em vigor.

Homossexualidade: A homossexualidade é caracterizada pela qualidade do indivíduo que se sente sexualmente e afetivamente atraído por pessoa do mesmo sexo ou gênero. Enquanto orientação sexual, a pessoa homossexual possui um padrão duradouro de experiências sexuais, afetivas e românticas direcionadas principalmente e exclusivamente para pessoas do mesmo sexo. Ressalte-se que essa orientação sexual ao longo da história da humanidade já foi admirada, tolerada e condenada, variando de acordo com as normas sexuais vigentes e a cultura reproduzida na época.

Identidade de gênero: Trata-se da percepção subjetiva, construída simbólica e socialmente que a pessoa tem de si mesma em relação aos modelos hegemônicos de masculinidade e feminilidade. Segundo Letícia Lanz (2016, p. 12), a identidade de gênero é a autopercepção da categoria de gênero na qual uma pessoa se reconhece, a despeito da classificação recebida ao nascer em função do seu sexo biológico. Essa autoidentificação costuma vir cedo na vida do indivíduo, como também pode aparecer muitas vezes em idade avançada, ou ainda ser fluida e mutável ao longo de toda a vida.

Intersexualidade: Trata-se da condição anatômica marcada pela discordância entre os vários critérios biológicos de definição do sexo, tais como o genético, o gonadal e o fenotípico. Os indivíduos intersexuais, portanto, apresentam má-formação congênita e desvios de diferenciação genital, originando assim uma sexualidade biologicamente ambígua num mesmo corpo. O fenômeno da intersexualidade nunca poderá ser confundido com a transexualidade, pois no primeiro o indivíduo apresenta má-formação congênita e/ou distúrbios de ordem biológica nos caracteres sexuais, enquanto as pessoas transexuais são indivíduos “biologicamente perfeitos” no que tange ao sexo biológico, mas que procuram adequar seu gênero com os seus caracteres biológicos.

Lésbica: termo utilizado para designar a homossexualidade feminina, ou seja, a orientação sexual de mulheres que constituem sua atração sexual e seu direcionamento romântico por outras mulheres.

Lesbofobia: uma série de atitudes e sentimentos negativos em relação a mulheres lésbicas. Por extensão, a lesbofobia pode englobar a antipatia, o desprezo, a aversão, o medo irracional, a repulsa, a intolerância, o preconceito, a discriminação e a perseguição de mulheres lésbicas

que não se enquadram nos códigos de conduta heterossexual política e culturalmente estabelecidos.

Orientação sexual: Trata-se do indicador de qual ou de quais gêneros a pessoa apresenta sua atração sexual e direcionamento afetivo-romântico. As orientações sexuais mais comuns são a heterossexualidade (atração sexual e direcionamento afetivo romântico para pessoas do gênero oposto), a homossexualidade (atração sexual e direcionamento afetivo romântico para pessoas do mesmo gênero), a bissexualidade (atração sexual e direcionamento afetivo romântico para pessoas de ambos os gêneros) e a assexualidade (nenhuma atração sexual e direcionamento afetivo romântico para quaisquer dos gêneros). Ressalte-se que a identidade de gênero não se confunde com orientação sexual, ou seja, tanto a pessoa cis quanto a pessoa trans pode ser heterossexual, homossexual, bissexual e assexual. Ao contrário do que acredita o senso-comum, a cisgeneridade não pressupõe a orientação sexual heterossexual e a transgeneridade não pressupõe a orientação sexual homossexual.

Picumã: palavra do bajubá que significa “cabelo”, admitindo variações como “picu”.

Trans: o prefixo trans é um termo guarda-chuva usado como designativo de qualquer pessoa transgênera, seja ela transexual, travesti, *crossdresser*, *drag queen* e trans não binária. Opõe-se ao prefixo cis, que é a forma abreviada de cisgênero.

Transfobia: uma série de atitudes e sentimentos negativos em relação a pessoas trans. Por extensão, a transfobia pode englobar a antipatia, o desprezo, a aversão, o medo irracional, a repulsa, a intolerância, o preconceito, a discriminação e a perseguição de pessoas que não se enquadram nos padrões cisgêneros da sociedade.

Transexual: Trata-se da pessoa que, ao nascer, foi identificada como pertencente a um determinado sexo biológico, masculino ou feminino, mas que, ao longo da vida, passou a se identificar com um gênero, masculino ou feminino, diferente do seu sexo biológico. A pessoa transexual, portanto, deseja ter seu corpo modificado para atender às construções simbólicas e corporais do gênero que pertence. A pessoa transexual pode ser definida como mulher transexual, no caso da pessoa que, ao nascer, é identificada como homem a partir do seu sexo genital, mas que, ao longo da vida, passa a se identificar com o gênero feminino. O homem

transexual, por sua vez, consiste na pessoa que, ao nascer, é identificada como mulher, a partir do seu sexo genital, mas que, ao longo da vida, passa a se identificar com o gênero masculino.

Transexual não binário: Trata-se das pessoas que não apresentam binarismo de gênero, ou seja, são as pessoas trans que não se identificam inteiramente como “mulher” ou como “homem”, ficando fora dos padrões hegemônicos de feminilidade ou masculinidade. O não binarismo de gênero inclui formas variadas de neutralidade, ambiguidade, multiplicidade, parcialidade, agenderidade e fluidez de gênero e, no Brasil, a forma mais comum de transexualidade não binária consiste na travestilidade. Dessa forma, pessoas trans não binárias podem se identificar como agênero, bigênero, *genderfluid*, *genderqueer*, terceiro-gênero, travesti, pangênero, intergênero e diversas outras vivências de gênero não binárias. Ressalte-se que a grafia mais comum é “não-binário” com utilização do hífen.

Transexualidade: termo utilizado para se referir à vivência de identidade de gênero das pessoas transexuais. Esse termo passou a ser usado no lugar do termo “transexualismo”, em virtude da conotação patológica que o sufixo “ismo” confere ao termo. O sufixo “dade”, por sua vez, tem conotação de “modo de viver”, razão pela qual a transexualidade é o termo adequado para se referir à vivência de identidade de gênero das pessoas transexuais.

Transgêneridade: termo utilizado para se referir à vivência de identidade de gênero das pessoas transgêneras.

Transgênero: Segundo Leticia Lanz (2016, p. 22), transgênero é “todo tipo de pessoa envolvida em atividades que cruzam as fronteiras socialmente aceitas no que diz respeito à conduta preconizada pelo dispositivo binário de gênero” (LANZ, 2016, p. 22). Pessoas transgêneras possuem diversas vivências de identidade de gênero e podem ser homens transexuais, mulheres transexuais, travestis e pessoas trans que se mantêm fora do sistema normativo binário de gênero, tais como pessoas agênero, *genderqueer*, gênero fluido, dentre outras.

Travesti: Segundo Benedetti (2005, p. 68), as travestis são aquelas pessoas que promovem modificações corporais visando a deixá-lo o mais parecido possível com o modelo hegemônico de feminilidade. Dessa forma, as travestis se vestem e vivem cotidianamente como pessoas pertencentes ao gênero feminino sem, no entanto, desejar explicitamente

recorrer à cirurgia de transgenitalização para construir uma vagina. A travesti convive com seu órgão genital, sem grandes dilemas, entendendo-o como parte de sua construção subjetiva. A travesti é um exemplo bastante comum de pessoa trans não binária.

Travestilidade: termo utilizado para se referir à vivência trans das travestis. Esse termo passou a ser usado no lugar do termo “travestismo”, em virtude da conotação patológica que o sufixo “ismo” confere ao termo. O sufixo “dade”, por sua vez, tem conotação de “modo de viver”, razão pela qual travestilidade é o termo adequado para se referir à vivência de identidade de gênero das travestis.