

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho
Liliana Lopes Pedral Sampaio

Organizadoras

TRANSEXUALIDADES

um olhar multidisciplinar



TRANSEXUALIDADES

um olhar multidisciplinar

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

REITORA

Dora Leal Rosa

VICE-REITOR

Luiz Rogério Bastos Leal



EDITORA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA

DIRETORA

Flávia Goulart Mota Garcia Rosa

CONSELHO EDITORIAL

Alberto Brum Novaes
Angelo Szaniecki Perret Serpa
Caiuby Alves da Costa
Charbel Ninõ El-Hani
Cleise Furtado Mendes
Dante Eustachio Lucchesi Ramacciotti
Evelina de Carvalho Sá Hoisel
José Teixeira Cavalcante Filho
Maria Vidal de Negreiros Camargo

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho
Liliana Lopes Pedral Sampaio
Organizadoras

TRANSEXUALIDADES

um olhar multidisciplinar

Salvador
EDUFBA
2014

2014, autores.
Direitos para esta edição cedidos à EDUFBA.
Feito o depósito legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua
Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

2ª reimpressão: 2018

REVISÃO
Lucas Guimarães Pacheco

NORMALIZAÇÃO
Rodrigo Meirelles

CAPA, PROJETO GRÁFICO e EDITORAÇÃO
Rodrigo Oyarzábal Schlabit

IMAGEM DA CAPA
Transgender logo image courtesy Nancy Nangeroni, gendertalk.com/tgsymbol

SIBI – Sistema de Bibliotecas da UFBA

Transexualidades : um olhar multidisciplinar / Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Liliana Lopes
Pedral Sampaio, Organizadoras ; prefácio, Miriam Chnaiderman. - Salvador : EDUFBA,
2014.
272 p.

ISBN 978-85-232-1246-9

1. Transexualismo. 2. Transexuais - Aspectos sociais. 3. Identidade de gênero. 4. Mudança
de sexo - Legislação. 5. Saúde. I. Coelho, Maria Thereza Ávila Dantas. II. Sampaio, Liliana
Lopes Pedral. III. Chnaiderman, Miriam.

CDD -306.768

Editora filiada a


ASOCIACION DE EDITORIALES
UNIVERSITARIAS DE AMERICA
LATINA Y EL CARIBE


Associação Brasileira
das Editoras Universitárias


Câmara Bahiana do Livro

EDUFBA
Rua Barão de Jeremoabo, s/n, Campus de Ondina,
40170-115, Salvador - BA, Brasil
Tel/fax: (71) 3283-6164
www.edufba.ufba.br | edufba@ufba.br

SUMÁRIO

Prefácio

Miriam Chnaiderman

9

Apresentação

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Liliana Lopes Pedral Sampaio

11

As transexualidades na atualidade: aspectos conceituais e de contexto

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Liliana Lopes Pedral Sampaio

13

Corpos híbridos e transexualidade: para além da dicotomia de gênero

Luís Augusto Vasconcelos da Silva

Maycon Lopes

25

A interiorização do “verdadeiro” sexo e a busca pelo “verdadeiro” gênero

Jorge Leite Júnior

41

Inquilino no próprio corpo: reflexões sobre as transexualidades

Paulo Roberto Ceccarelli

53

Transexualidade e intersexualidade: trans-inter-seções

Liliana Lopes Pedral Sampaio

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Shirley Acioly Monteiro de Lima

65

Transexualidade e travestilidade:
conjunções e disjunções

Ailton Santos

79

Transexualidade e normas de gênero: contribuições para o debate
bioético sobre as práticas de modificações corporais do sexo

Daniela Murta

101

O dispositivo “testo”: biopolítica e práticas de si nas
experiências de hormonização nos homens transexuais

Fátima Lima

111

A Redução de Danos aplicada ao uso de silicone líquido e hormônios

Adriana Prates

125

Transsexuality in the UK

Dinesh Sinha

133

Saúde, cuidado e diversidade sexual:
a temática da transexualidade na atenção básica em saúde

Marco José de O. Duarte

145

Processo transexualizador no Rio de Janeiro:
considerações introdutórias a partir do olhar do serviço social

Márcia Cristina Brasil Santos

Guilherme da Silva Almeida

Ludimila Souza dos Santos Vasconcelos

Elizabeth da Luz Marques

Samantha Guedes

157

Representações sociais de graduandos
concluintes de enfermagem sobre a transexualidade

Anne Jacqueline Mendes Gomes

Michelle Araújo Moreira

175

As relações de trabalho como um aspecto
da assistência à saúde de pessoas trans

Guilherme da Silva Almeida

Andressa Pilar

Zélia Gebrath

187

A arteterapia no atendimento às pessoas transexuais

Liliana Lopes Pedral Sampaio

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

201

Processo judicial e a adequação do nome e do sexo do transexual

Tereza Rodrigues Vieira

211

Identidade de gênero: aproximações entre Brasil e Espanha

Berenice Bento

225

O “armário trans”: entre regimes de visibilidade e
lutas por reconhecimento

Mario Carvalho

241

Um breve olhar sobre a transexualidade na mídia

Leandro Colling

Tiago Sant’Ana

255

Autores

267

Prefácio

Os mil sexos de corpos inventados

Miriam Chnaiderman

É tocante o depoimento de Taís Souza no documentário *De gravata e unha vermelha*¹: *Há mil sexos dentro desse corpo que o Estado diz que é dono*. Em outro momento do documentário, Tais afirma que é dopada de hormônio, que inventa seu gozo, que fabrica seu prazer. A lucidez de Tais é cortante. Fala de um não lugar no mundo, de ser uma aberração, de desafiar os dogmas religiosos.

Debruçar-se sobre as novas sexualidades no mundo de hoje é tarefa mais do que necessária. É preciso coragem e abertura para o que não cabe nos padrões instituídos. Não é possível fazer isso sem um engajamento político. Essa política que se inscreve nos corpos que não podem ser classificados no binarismo de gênero. Essa política que explode nas ruas, nos rolezinhos, no asfalto, nas esquinas. Daí a importância imensa dessa coletânea. Thereza Coelho e Liliana Lopes conseguem aqui uma abrangência temática rara. Ao reunirem profissionais de áreas as mais diversas conseguem nos mostrar o quanto, no trabalho com a sexualidade, devemos abandonar narcisismos acadêmicos em uma abertura que implica em nos descentrarmos e suportar a não existência ainda de um discurso que dê conta do que vai acontecendo no espetáculo inusitado desses corpos construídos. Suportar a insuficiência de discursos teóricos não é algo fácil. Esse desafio é enfrentado por cada um dos profissionais que aqui escrevem.

¹ “De gravata e unha vermelha”, direção Miriam Chnaiderman, 2014.

Na abordagem dessa temática é preciso abandonar qualquer posição essencialista. O que não é nada fácil. Poder se mover num mundo onde o binarismo de gênero foi rompido implica em uma abertura para outras linguagens, e os percursos teóricos passam a ser movediços.

O desejo não é domesticável. Nathalie Zaltzman (ZATZMAN, 1999)² fala em um poliglotismo psíquico. O sexo é o que irrompe na calma, é sempre quebrando o estabelecido que o erotismo acontece. A própria psicanálise passa a ser questionada com a ruptura do binarismo de gênero. A figura da esfinge, homem e mulher, volta a viver. O fato de que Édipo tenha respondido ao enigma não a destruiu para todo sempre. Hoje, a figura da esfinge está presente nos corpos onde o feminino e o masculino se misturam, obrigando a repensar as diversas leituras de uma sexualidade que se construiria a partir do complexo de Édipo.

Hoje, é no corpo que a revolução acontece. Não por acaso, o estado legisla e “patologiza” o desejo quando ele não obedece aos caminhos usuais. Temos hoje que nos inventar – como seres sexuados que somos e como profissionais abertos para o que acontece no mundo.

Thereza Coelho e Liliana Lopes, ao reunirem os textos que aqui estão, dão uma importante contribuição nesse árduo caminho que apenas começamos a percorrer. Árduo, porém apaixonante. Instigante. Tentar nomear o que a nossa linguagem não dá conta implica em poesia, em dar forma ao invisível. É o que essa coletânea faz: um intenso mergulho no novo e no inusitado.

2 Zaltzman, N. “Do sexo oposto”. In: Ceccarelli, P. R. (Org). Diferenças Sexuais. São Paulo: Escuta, 1999.

Apresentação

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho
Liliana Lopes Pedral Sampaio

Em 2008, iniciamos uma pesquisa acerca da transexualidade, que tem se renovado ao longo destes anos, através de revisões de literatura, entrevistas, publicações, apresentações de trabalhos em congressos, experiências clínicas e interlocuções com outros pesquisadores acerca do tema. Este livro se insere nesse contexto, sendo mais um fruto dessa trajetória. Nele, buscamos apresentar diversos olhares e múltiplas contribuições de profissionais e pesquisadores que, de alguma forma, vêm se dedicando ao tema da transexualidade e/ou ao diálogo com pessoas transexuais.

Os autores aqui reunidos possuem trajetórias de trabalho e formação acadêmica distintas, em cursos de Psicologia, Medicina, Direito, Enfermagem, Ciências Sociais, Comunicação e Serviço Social. A congregação de suas experiências e reflexões neste lócus particular possibilitará ao leitor um mergulho profundo nesta temática abrangente e complexa, matizado pelos diversos tons, questionamentos e tensões que lhe dizem respeito. A partir dessa perspectiva multidisciplinar e dos diferentes recortes e aspectos abordados por cada autor, o livro tem a intenção de colaborar para a ampliação do acesso e dos direitos sociais das pessoas transexuais, o alargamento dos sentidos ligados às vivências das transexualidades, a adoção de posições críticas frente a alguns postulados teóricos, o desenvolvimento de novas práticas profissionais, o incremento de reflexões acerca de processos e conquistas de alguns movimentos sociais, e o desenvolvimento de novos estudos sobre o tema.

Inicialmente, e ao longo de todo o livro, discutiremos o conceito da transexualidade, numa perspectiva histórica e crítica de sua construção e desenvolvimento, em meio ao panorama sócio-econômico-político-epistêmico ocidental. Corpo, sexualidade, identidade, gênero, biocapitalismo, biopolítica e biopoder serão outros conceitos problematizados nesse contexto, bem como as fronteiras e interseções das transexualidades com as intersexualidades e as travestilidades.

Num segundo momento, discutiremos o direito e a assistência à saúde das pessoas transexuais, em seus aspectos legais, estratégicos e clínicos. Apresentaremos algumas experiências clínicas em serviço público e consultório particular, no Brasil e no Reino Unido, e discutiremos a articulação entre a atenção básica e a especializada, na perspectiva de que a saúde transcende a dimensão curativa e o seu próprio setor (o da saúde). A escolha do Reino Unido no cenário internacional não é sem motivo. No ocidente, foi aí que primeiro se estruturou um sistema público universal de saúde, em 1946, e o Brasil, tendo feito isso em 1990, é hoje um dos países que cobre todas as ações coletivas e individuais de saúde para toda a população.

Posteriormente, discutiremos alguns movimentos sociais numa perspectiva histórica, salientando as suas dificuldades, estratégias, direções, conquistas e desafios. Essa discussão acontecerá, em parte, através do diálogo com o movimento social da Espanha. Esse país, em 2007, aprovou uma lei reguladora do direito de mudança de nome e de sexo para as pessoas transexuais e, em 2012, lançou uma campanha mundial pela despatologização da transexualidade. No contexto brasileiro, os sentidos, as ações e as funções que se articulam ao significativo “visibilidade” e à proposição do nome social serão problematizados. Especificamente em relação ao direito de mudança de nome e de sexo na documentação civil, serão discutidos, no âmbito jurídico, os caminhos pelos quais esse direito é buscado e conquistado no Brasil, assim como o aparato legal que tem fundamentado esses caminhos. Por fim, os modos pelos quais as transexualidades têm sido apresentadas pela mídia serão objeto de reflexão, na perspectiva crítica dos avanços e das limitações que se têm observado no tratamento dado a este tema por esse campo.

As transexualidades na atualidade: aspectos conceituais e contexto

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho
Liliana Lopes Pedral Sampaio

Em muitos contextos e diferentes abordagens sobre o tema da transexualidade, encontramos a referência a um desacordo entre o que se costuma chamar de “sexo biológico”,¹ de um lado, e o gênero, de outro. As pessoas transexuais se sentem, desejam viver e ser reconhecidas como uma pessoa de outro gênero que não o esperado pela sociedade, com base no sexo biológico do seu nascimento. Algumas dizem: “tenho o corpo de um sexo e a alma do outro”. No entanto, mesmo existindo esse consenso, as pessoas transexuais são diferentes umas das outras, assim como todas as demais pessoas não transexuais, embora suas necessidades em relação às mudanças corporais possam, em muitos casos, serem as mesmas. Além disso, as formas pelas quais esse desacordo é entendido variam, a depender da experiência de vida das próprias pessoas transexuais. No que se refere especificamente à clínica, em tais variações deve ser considerado o referencial teórico-profissional e vivencial dos profissionais.

Para a medicina, por exemplo, o sexo biológico tem sido a referência para a determinação da identidade sexual dita normal dos sujeitos. No âmbito das Ciências Sociais, por sua vez, a transexualidade vem sendo discutida a partir de suas relações com as normas e os valores do universo sociocultural, demonstrando que as explicações para a emergência da experiência

¹ A respeito do questionamento da expressão conceitual “sexo biológico”, vide o capítulo 2 deste livro.

transexual devem ser buscadas também nas articulações históricas e sociais que produzem os corpos e as identidades sexuais, não se restringindo à perspectiva biológica.

O discurso da medicina tem exercido um biopoder, produzindo efeitos não só no campo da saúde, mas no senso comum. Se, desde 1993, pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as pessoas transexuais são consideradas como portadoras de um Transtorno de Identidade Sexual (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993), no período de 1994 a 2013, no Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM IV), elas foram entendidas como possuidoras de um Transtorno de Identidade de Gênero, categoria essa que foi substituída, este ano, pela de Disforia de Gênero. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) De acordo com essas classificações, a pessoa é tida como transexual quando apresenta o desejo de viver e ser aceita como uma pessoa do gênero oposto. Tal desejo é acompanhado por um sentimento de mal-estar ou de inadaptação em relação ao seu próprio sexo anatômico e pelo desejo de se submeter a uma intervenção cirúrgica e/ou a um tratamento hormonal, a fim de tornar o corpo tão conforme quanto possível ao gênero desejado.

É importante ressaltar, entretanto, que, entre as pessoas transexuais, o grau de insatisfação com o próprio corpo varia de pessoa a pessoa, assim como as modificações corporais pretendidas, e que nem todas se sentem como portadoras de um transtorno ou disforia por apresentarem uma incongruência entre sexo e gênero. Essa perspectiva da transexualidade como transtorno ou disforia está presente não só no campo da biomedicina, mas também influencia o discurso social comum, produzindo demandas de cura. Não é raro que também ocorram atitudes discriminatórias e/ou de evitação em relação às pessoas transexuais, motivadas por um sentimento de estranhamento.

Um dos argumentos que circula amplamente em todas as esferas e relações sociais é o de que ou se nasce homem ou se nasce mulher. (BENTO, 2011) Tal argumento não pertence exclusivamente à esfera do senso comum, sendo também uma das bases do pensamento científico biológico. Nesse caso, senso comum e pensamento científico se retroalimentam, de modo que o senso comum afirma como sendo científica a ideia de que homens e mulheres são radicalmente diferentes. O pensamento científico biológico, por sua vez, se apropria, então, do que é recorrente e socialmente esperado nas relações entre os gêneros para reforçar a diferença sexual, considerando-a como algo natural.

O biopoder da medicina não só exerce seus efeitos no discurso social comum. Também no campo ampliado da saúde, relações de poder perpassam as relações entre diversas categorias profissionais que, muitas vezes, na prática clínica, ficam submetidas às decisões da biomedicina. Essas relações de poder se presentificam nas relações com as pessoas transexuais, de modo que passa a existir uma tensão entre os profissionais de saúde, que decidem quais pessoas devem ser encaminhadas para as intervenções hormonocirúrgicas, e essas mesmas pessoas, que reivindicam sua autonomia, seu direito de decidir sobre isso.

A discussão em torno das noções de competência e autonomia tem sido feita na direção do entrelaçamento desses dois conceitos, de modo que a autonomia tem sido colocada do lado da competência. Questiona-se, então, em que momento uma sociedade passa a reconhecer um indivíduo como competente e autônomo, e que limites impõe à sua autonomia. (COHEN, 1999) Nessa direção, a autonomia tem sido considerada como uma construção social, variável

a depender de cada cultura, o que contraria a perspectiva naturalizante e universalizante da biomedicina.

Em nossa sociedade, a decisão inicial pela realização das modificações corporais é da competência do próprio sujeito, que busca o auxílio dos profissionais de saúde para tal. Ao mesmo tempo, é da competência médica a decisão para realizar ou não essas modificações, de modo que a autonomia das pessoas para efetuarem tais procedimentos fica submetida a uma definição alheia, profissional, ligada a um diagnóstico. Tal aspecto se reproduz em toda a equipe multidisciplinar que atua no atendimento às pessoas transexuais. Os profissionais médicos, psicólogos e de outras categorias avaliam se a pessoa, num dado momento, é capaz ou não de compreender as consequências das intervenções solicitadas e se é possível, sob o prisma da saúde, a realização de tais intervenções. Especificamente em relação à esfera mental, Cohen (1999, p. 18) salienta que:

Para decidir quem é competente para se autoadministrar, a sociedade concedeu competência aos profissionais da área de saúde mental, sendo essa autoridade outorgada pelo código civil em seu artigo 5º. Legalmente, o que torna o indivíduo incompetente (absolutamente incapaz) para tomar suas próprias decisões é sua imaturidade mental ou algum tipo de perturbação mental ou, ainda, a doença mental.

Em muitas sociedades ocidentais, os profissionais de saúde são espécies de juizes sociais, que avaliam a competência das pessoas para decidirem sobre si. Devido à complexidade desse tipo de avaliação, considera-se que o profissional envolvido deve ser dotado de uma personalidade íntegra, além de possuir conhecimento técnico especializado para tal função. (COHEN, 1999) Mas será que a integridade da personalidade e a competência técnica são suficientes para tratar dessa questão? De que formas a própria pessoa participa desse processo e das decisões que lhe dizem respeito?

No campo da saúde, portanto, as questões levantadas acima acerca da autonomia e da competência remetem, em última instância, à saúde mental e às próprias noções de saúde e de doença. Não podemos deixar de considerar também o processo de patologização de fenômenos antes considerados normais, em curso nas sociedades ocidentais. Se, de um lado, o modelo médico hegemônico preconiza, como condição para a saúde, a ausência de doença, por outro, a Organização Mundial da Saúde considera a saúde como bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas como mera ausência de doença, requerendo da discussão sobre a autonomia e a competência maior complexidade. (BATISTELLA, 2007) Nessa direção, se saúde é mais do que, simplesmente, a ausência de doença, ou seja, se ela não se reduz ao equivalente simétrico desse termo, isto quer dizer, então, que a presença de uma doença ou patologia não exclui a saúde, bem como que a ausência de doença ou patologia não a garante. (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002) Assim, a presença ou ausência de doença ou patologia, por si só, não seria um indicador de autonomia e competência, ou de falta de ambas.

As pessoas em geral, que demandam intervenções sobre seu corpo, precisam estar aptas a lidarem com emoções conflitantes e sentimentos relacionados à sua vida afetiva, social e

laboral. Tal é também a situação das pessoas transexuais. Canguilhem (1978) afirmou que a normatividade é uma característica essencial da saúde. Normatividade, segundo esse autor, não diz respeito à adaptação às normas sociais vigentes, mas sim à possibilidade de criar novas normas de vida. Isso traz de novo à tona as seguintes questões: seriam todas as pessoas transexuais, a princípio, incompetentes (mentalmente doentes) para se autodeterminarem? A partir de que condições elas seriam consideradas pelos profissionais de saúde como competentes (sadias) para decidirem sobre seus corpos e suas vidas?

É importante ressaltar, mais uma vez, que o campo da saúde congrega diferentes discursos, nem sempre harmônicos entre si. No âmbito da saúde coletiva, por exemplo, o discurso médico também tem sido questionado, na perspectiva de que, desde o século XIX, fundamentado na heteronormatividade e no binarismo de gênero, ele vem normatizando as condutas sexuais e as expressões da masculinidade e da feminilidade em parâmetros de saúde/normalidade ou de doença/anormalidade. (ARÁN, 2006) Ou seja, certas identidades de gênero são consideradas como meras falhas do desenvolvimento, ou como impossibilidades lógicas, porque não se conformam às normas da inteligibilidade cultural vigente. (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009) No caso da transexualidade, entretanto, é importante ressaltar que, ao mesmo tempo em que suas demandas visam assegurar um direito para além do que está prescrito na norma, visam também manter a matriz binária que regula a sexualidade e o gênero. Esse aspecto talvez contribua para o atendimento de tais demandas pelo setor médico, desde que entendido e traduzido por critérios considerados como científicos.

De forma análoga, existem, no campo da Psicanálise, diferentes olhares sobre a transexualidade. Ainda que, diante dos primeiros casos de terapia hormonal e cirurgia de mudança de sexo, alguns psicanalistas tenham afirmado que esse tratamento era uma aberração e que era preciso psicanalisar os transexuais (CHILAND, 2008), ou que se tenha associado a transexualidade à psicose ou perversão, tais perspectivas não são únicas nesse campo. Numa outra direção, considerou-se que, se de um lado as pessoas transexuais reivindicam uma transformação física fora da norma, para se sentirem de acordo com as normas de sexo e gênero que existem em nossa sociedade, por outro, em seu comportamento e em seu discurso, elas não sugerem necessariamente uma anormalidade. (CECCARELLI, 2008a) Nessa perspectiva, fazendo um contraponto com o discurso médico, “o que faz enigma na organização psíquica do transexual é”, justamente, “a sua normalidade”. (CECCARELLI, 2008b, p. 176-178) A rigor, na perspectiva da Psicanálise, todo funcionamento psíquico é singular. Ao mesmo tempo em que as categorias de normal e de patológico estão relacionadas a critérios sociais, científicos e/ou morais, são também variáveis de pessoa a pessoa, conforme o seu funcionamento e universo simbólico. Nesse sentido, há que se considerar que, para além das classificações de estrutura, ou de normal e patológico, cada caso é um caso, que não pode ser reduzido a uma predefinição generalizada.

Nesses diversos contextos discursivos, em que ora a transexualidade é tida como um transtorno e disforia, ora ela é considerada como do âmbito da normalidade, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo lançou apoio à Campanha Internacional Stop Trans Pathologization-2012, através do Manifesto pela Despatologização das Identidades Trans (travestis, transexuais e transgêneros). A campanha objetiva que, na versão revisada do DSM-V e na nova versão da CID 11 – prevista para 2015, tais identidades sejam retiradas do rol dos chamados

transtornos. (STOP TRANS PATHOLOGIZATION, 2012) No caso do DSM-V, como vimos, ocorreu que a transexualidade passou a ser considerada como uma Disforia de Gênero. Uma das preocupações levantadas por pessoas transexuais e ligadas à campanha da despatologização é a de que, caso isso ocorra, o Estado venha a se desobrigar de custear as cirurgias de modificações corporais e outros tratamentos, como, por exemplo, o tratamento hormonal. (BENTO, 2011) Para que isso não ocorresse, seria necessário que os serviços de saúde e as práticas clínicas não se restringissem à sua dimensão terapêutica, mas contemplassem outras tarefas não menos importantes e pertinentes aos profissionais de saúde, a exemplo das ações de promoção da saúde e de qualidade de vida. É importante lembrar que, em nosso país, existe uma Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), cujo espectro de ação é, inclusive, intersetorial, transcendendo o setor saúde.

Considerando a existência de diversos padrões de compreensão e relação com a transexualidade, como os abordados acima, por vezes as pessoas transexuais entendem que, quando buscam atendimento com a intenção de obter transformações corporais, os profissionais não são de imediato aliados incondicionais na execução de seu projeto. Por esse motivo, as pessoas transexuais se comunicam entre si e mantêm um discurso que imaginam necessário para convencê-los, a fim de obter as transformações que solicitam. Depois das intervenções realizadas, essas pessoas assumem seu discurso de forma mais livre, alegando que, antes, tudo o que dissessem poderia ser interpretado de modo a impossibilitar a obtenção das mudanças corporais desejadas. Nos atendimentos particulares, fora do que é oferecido pelo Serviço Único de Saúde (SUS), essa preocupação em relação a um discurso que convença o profissional é menor. Sem entrar no mérito do que seria mais adequado no tocante à condução clínica, ocorre que os profissionais, nos atendimentos particulares, realizam os procedimentos de hormonização e cirurgia sem necessariamente seguir todas as etapas prescritas pelo protocolo do SUS. Isso foi observado em nossa pesquisa, durante o processo de coleta de dados, no acompanhamento em campo e nas entrevistas realizadas. Entretanto, são poucas as pessoas que têm condições financeiras de buscar esse tipo de atendimento.

Pensamos que o atendimento voltado às pessoas transexuais não deve se restringir apenas a um programa de tratamento hormonocirúrgico. É necessário também dispor de recursos terapêuticos para aqueles que não desejam essas intervenções e/ou não satisfaçam aos critérios estabelecidos pelo protocolo transexualizador. Mesmo as pessoas que preenchem os requisitos do protocolo para a realização das intervenções corporais, não necessariamente elas desejam passar por todas as intervenções e ao mesmo tempo. O tempo de cada um para se submeter às cirurgias e tratamentos difere e isso deve ser considerado, não devendo dificultar a sua inclusão e permanência nos programas de atendimento do SUS, que incluem a psicoterapia como parte do processo. É importante ressaltar que a psicoterapia, tanto individual quanto em grupo, deve ser uma escolha da pessoa. A sua compulsoriedade pode dificultar o próprio processo psicoterapêutico, na medida em que este requer uma demanda e implicação do próprio sujeito.

Em 19 de novembro de 2013, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.803, redefine e amplia o processo transexualizador, incluindo pessoas travestis, e ressalta a necessidade da integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas. Além disso,

considerando a necessidade de aprimorar a linha de cuidado no Processo Transexualizador, no SUS, em especial para pacientes que desejam a readequação para o fenótipo masculino, ampliou a assistência aos homens transexuais, com a cirurgia de Mastectomia simples bilateral e Histerectomia com anexectomia bilateral e colpectomia. Em todos os casos, estabeleceu para o tratamento hormonal e para as cirurgias a idade mínima de 18 e 21 anos respectivamente. (BRASIL, 2013)

Destacamos que grande parcela dessa população busca atingir seus objetivos do modo mais rápido possível, devido ao sofrimento por que passa. Quando as pessoas demandam e têm a oportunidade de se submeter a processos psicoterapêuticos antes das intervenções corporais, muitas delas reconhecem que esse foi um tempo importante, permanecendo inclusive nesse processo por mais tempo, mesmo tendo atingido as mudanças que almejavam. Afirmam que depois das intervenções surgem novas questões a serem trabalhadas, que antes estavam postas de lado devido à grande urgência que sentiam com relação às cirurgias e tratamentos.

A experiência clínica com pessoas transexuais revela que a adolescência é uma fase em que se experimenta sofrimento e ansiedade, devido às alterações físicas próprias desse período. Isso tem levado vários centros, com experiência na chamada “disforia de gênero juvenil”, como Gent (Bélgica), Boston (EUA), Oslo (Noruega) e Toronto (Canadá), a intervir antes dos 16 anos, realizando bloqueio hormonal da puberdade correspondente ao gênero biológico, através de medicamentos. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013) Os que defendem essa intervenção alegam que essa é uma maneira de se evitar o sofrimento que surge com o aparecimento das características físicas da puberdade e que pode levar a quadros como depressão, anorexia, fobia social e tendência a suicídio. Além disso, alegam que, com a suspensão da puberdade, os adolescentes passam a contar com mais tempo para avaliarem se estão realmente certos quanto à sua identidade de gênero, o mesmo ocorrendo com os profissionais que lhes prestam acompanhamento. Estando certos disso, esses adolescentes consequentemente seriam poupados de um sofrimento desnecessário, evitando inclusive algumas cirurgias, na tentativa de se livrarem ou minimizarem os caracteres indesejados adquiridos nessa fase da adolescência.

Mesmo com essas justificativas, existem profissionais que consideram que esse tipo de ação pode ser extremamente prejudicial ao desenvolvimento do indivíduo, comprometendo o seu processo de crescimento e desenvolvimento cerebral e da massa óssea. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013) Estudos com adolescentes que fizeram tratamento para postergar a puberdade demonstram, entretanto, que, após apresentarem retardo na maturação óssea, esta ressurgiu rapidamente depois de iniciado o tratamento hormonal definitivo. Quanto às proporções corporais, estas permanecem normais. Em relação ao desenvolvimento cerebral, pesquisas ainda estão sendo feitas.

Não é raro que a infância e a adolescência das pessoas transexuais sejam marcadas por situações de conflito e discriminação. Pessoas transexuais contam que ser diferente, principalmente na fase da adolescência, contribuiu para uma atitude de isolamento, o que muitas vezes leva ao aparecimento de quadros de depressão. (SAMPAIO; COELHO, 2012) Até que se busque algum tipo de auxílio, muitas vezes as próprias pessoas transexuais não compreendem o que está acontecendo e essa situação de desconforto e inadequação é constantemente reforçada pelas afirmações de outras pessoas, de que algo está errado com elas. Tais situações de conflito

e isolamento ocorrem inicialmente no âmbito familiar, estendendo-se aos mais diversos contextos da vida, como a escola e o trabalho. Para a maior parte dessas pessoas, a escola é sentida como um ambiente hostil e promotor de violência, revelando uma realidade moldada pelo despreparo e desconhecimento da sociedade e dos educadores sobre a transexualidade. Nessa fase, as situações antes vividas no seio familiar tornam-se públicas. Não são raros os relatos de situações e cenas em que diversas formas de agressão física e moral ocorrem. Tais situações vão muito além dos clássicos xingamentos geralmente dirigidos às pessoas que não correspondem às normas de sexo e gênero.

Na fase em que o desacordo com o corpo, ou mais especificamente as áreas do corpo que revelam o sexo biológico, passa a produzir sofrimento devido a sua incongruência com o sexo psicológico e o gênero a que se sente pertencer, acentua-se assim o desejo de um corpo que corresponda à própria identidade. Para os adolescentes transexuais, diferentemente dos demais, os caracteres sexuais que surgem na adolescência produzem descontentamento e incômodo, como vimos. A busca da adequação do corpo à identidade chega a acarretar, em alguns casos, o comprometimento do exercício e/ou do prazer sexual. (SAMPAIO; COELHO, 2012)

À semelhança de outros grupos marginalizados, as pessoas transexuais experimentam muitas situações de opressão, assédio e violência (HARPER; SCHNEIDER, 2003), enfrentando inúmeras dificuldades em áreas como a empregabilidade, habitação, educação e acesso aos serviços de saúde. Além disso, sofrem abuso físico em muitas situações, provenientes de pessoas próximas, como colegas, pais e professores. Em muitos casos, a pessoa transexual, quando inicia as mudanças corporais, reduz, sobremaneira, a capacidade de trabalho e geração de renda, minando a autoconfiança e a determinação para o enfrentamento dos embates e desafios da vida. O mesmo pode ocorrer quando a pessoa transexual não realiza as mudanças corporais desejadas. Dentro desse contexto, o desamparo e a vulnerabilidade são acentuados, quando faltam apoio psicológico familiar e suporte do Estado que, principalmente nos casos em que os recursos financeiros são escassos, poderia apoiar a pessoa e seu núcleo familiar. (VIEIRA, 2012) Vale lembrar a importância do Direito no tocante a essas questões, quando sabemos que, mesmo obtendo as mudanças corporais, essas pessoas continuam sentenciadas à discriminação se não alcançarem a autorização para a alteração do nome em seus documentos. Por tudo isso, entendemos que, na atualidade, o acompanhamento jurídico, médico e psicoterápico são de suma importância frente a todos esses fatores promotores de efeitos negativos sobre a saúde física e mental dessa parcela da população.

Nesse contexto, um aspecto muito discutido é o quanto, para as pessoas transexuais, as mudanças corporais e de nome têm sido importantes para o reconhecimento social. Negar-lhes esse direito, assim como o condicionamento da alteração do nome no registro civil à realização do procedimento cirúrgico, tem sido considerada uma ação violenta. (TEIXEIRA, 2009) A justiça social deve garantir, portanto, a universalidade dos direitos humanos e sociais, assegurando-os mediante o reconhecimento e a consideração das diferenças entre grupos sociais que se encontram em situação de distinção e desigualdade. (LIONÇO, 2009) Nessa direção, o direito ao equilíbrio entre o corpo e a mente da pessoa transexual se traduz, na visão de alguns juristas, pela adequação entre o sexo e o prenome. (VIEIRA, 2000) Esse direito está ancorado no direito ao próprio corpo, no direito à saúde e no direito à identidade sexual, que integra um poderoso

aspecto da identidade pessoal. Trata-se, portanto, de um “direito da personalidade”. (VIEIRA, 2000, p. 91) Nesse sentido, a alteração do prenome é considerada um importante elemento do processo transexualizador.

No que diz respeito à orientação sexual, as pessoas transexuais podem ser heterossexuais, homossexuais ou bissexuais, podendo vir a ser, nos dois últimos casos, duplamente estigmatizadas por pertencerem a dois grupos minoritários: o das pessoas transexuais e o das pessoas homossexuais ou bissexuais. (SAMPAIO; COELHO, 2012) Em alguns casos, certa confusão entre a transexualidade e a homossexualidade pode ocorrer, quando o desejo se orienta para uma pessoa do mesmo sexo. Isso se dá, muitas vezes, devido ao desconhecimento em relação à transexualidade em geral. Só depois, munidas de informação, essas pessoas se percebem como transexuais.

No plano social mais amplo, a sociedade ainda exibe muita dificuldade em perceber as diferenças entre a transexualidade, travestilidade e homossexualidade. Hoje vem sendo discutida essa diferenciação, sobretudo entre as pessoas travestis e transexuais. É importante ressaltar, entretanto, que algumas pessoas e alguns estudiosos têm questionado e buscado a abolição dessas fronteiras, na direção das não identidades ou identidades temporárias e fluidas. A transexualidade é sumamente complexa e inclui uma diversidade de formas de subjetivação, que envolve um conjunto de fatores não redutíveis aos biológicos. As constelações familiares, as práticas da educação, os comportamentos considerados socialmente aceitáveis, a exemplo das brincadeiras tidas como exclusivas de meninos ou meninas, são fatores que contribuem na formação subjetiva de cada um. No entanto, é comum meninos se interessarem por objetos e brincadeiras de meninas, e vice-versa, sem serem transexuais. Para uma melhor compreensão das diversas realidades expressas no âmbito da sexualidade, é preciso estar atento ao contexto histórico-social, lembrando que os atributos classificatórios de homens e mulheres também dependem de uma construção.

Se na sociedade contemporânea os sujeitos existem a partir de um corpo sexuado, então é preciso que esse corpo possa externalizar a forma como o sujeito pensa seu sexo e seu gênero. (SANTOS, 2007) São as roupas, cabelos, adereços corporais, jeitos e trejeitos que, cotidianamente, expressam isso, através das normas de gênero que definem, à primeira vista, quem é homem ou mulher e o quanto o masculino e/ou feminino de uma pessoa está de acordo com o esperado de seu gênero performatizado. (LEITE JUNIOR, 2008) De acordo com Cohen-Kettenis e Gooren (1999, p. 317), os pais de “meninos transexuais” contam que, assim que seus filhos começam a falar, eles insistem em usar roupas e sapatos de suas mães e são exclusivamente interessados em jogos e brincadeiras de meninas, mostrando, muitas vezes, uma angústia em ser menino ou em ter um genital masculino. Esses autores tomam como referência o sexo biológico para definir a identidade sexual, de modo que um menino transexual é aquele que nasceu com o sexo biológico masculino, mas se sente como pertencente ao gênero feminino. Neste capítulo, adotamos o ponto de vista das pessoas transexuais, que usam a referência de gênero a que sentem pertencer, e não a do sexo biológico, para se autorrepresentarem. Nesse sentido, um menino transexual é aquele que nasceu com o sexo biológico feminino, mas se sente como pertencente ao gênero masculino.

No Brasil, encontra-se em tramitação o Projeto de Lei 5002/2013 João W. Nery - Lei de Identidade de Gênero, dos deputados Jean Wyllys e Érika Kokay (WYLLYS; KOKAY, 2013) Baseado na lei de identidade de gênero argentina, o Projeto propõe que não sejam considerados como requisitos, para a alteração do prenome, a intervenção cirúrgica de transexualização total ou parcial, as terapias hormonais, bem como qualquer outro tipo de tratamento, diagnóstico psicológico ou médico e autorização judicial. A nova Lei propõe ainda que toda pessoa seja reconhecida e tratada de acordo com sua identidade de gênero e identificada dessa maneira nos instrumentos que creditam sua identidade pessoal, assegurando também a sua continuidade jurídica através do número de identidade e do registro civil. Além disso, ela garante os direitos e as obrigações eleitorais, fiscais e os antecedentes criminais. Quanto aos interesses da criança e do adolescente, prevê a assistência da Defensoria Pública, de acordo com o estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. A Lei também regulamenta as intervenções cirúrgicas e os tratamentos hormonais que se realizam como parte do processo transexualizador, garantindo a livre determinação das pessoas sobre seus corpos, sem que haja a psicoterapia compulsória.

Discorrer sobre a transexualidade na atualidade é discutir como a cultura ocidental tem construído categorias como corpo, sexo, gênero, identidade e sexualidade, (SANTOS; ARÁN, 2011) e como essas categorias têm sido vivenciadas pelas pessoas. Nas últimas décadas, o fenômeno da transexualidade ganhou projeção e, conseqüentemente, vem alargando as discussões acerca dos gêneros masculino e feminino. As discussões teóricas, as práticas clínicas e as ações políticas ligadas ao tema estão perpassadas por diversos fundamentos epistemológicos, elementos macrossociais e micropsicossociais, assim como pelas narrativas das pessoas transexuais, no cotidiano público e privado de suas vidas e nos grupos e comunidades criadas no ambiente virtual. É importante ressaltar o caráter plural da transexualidade. As transexualidades, como as demais sexualidades, envolvem múltiplas experiências e o entendimento social, político e/ou a aceitação delas estão diretamente associados à cultura e aos sujeitos que estão inseridos na sociedade.

Referências

- ARAN, M. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 49-63, jun. 2006.
- ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e Saúde Pública no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 2013. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Documents/Gender%20Dysphoria%20Fact%20Sheet.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca, A. F. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ, 2007. p. 51-86.

- BENTO, B. Luta globalizada pelo fim do diagnóstico de gênero?. In: SANTOS, L. H. S.; RIBEIRO, P. R. C. (Org.). *Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida*. Rio Grande: FURG, 2011. p. 89-108.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.803*, de 19 de novembro de 2013.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- CECCARELLI, P. R. Onde se situa a diferença?. *Polêmica*, v. 7, n. 4, p. 53-66, 2008a.
- CECCARELLI, P. R. *Transexualismo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008b. 178p.
- CHILAND, C. *Transexualismo*. Rio de Janeiro: Edições Loiola, 2008.
- COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, ago. 2002.
- COHEN, C. *Bioética e sexualidade nas relações profissionais*. São Paulo: Associação Paulista, 1999.
- COHEN-KETTENIS, P. T.; GOOREN, L. J. G. Transsexualism: a review of etiology diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic of Research*, v. 46, n. 4, p. 315-333, 1999.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Processo-Consulta CFM nº 32/12 – Parecer CFM nº 8/13*. Brasília, 2013.
- HARPER, G. W.; SCHNEIDER, M. Oppression and discrimination among lesbian, gay, bisexual and transgendered people and communities: a challenge for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, v. 31, n. 3-4, p. 243-252, June 2003.
- LEITE JÚNIOR, J. “Nossos corpos também mudam”: sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico. 2008. 230 p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2008.
- LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- SAMPAIO, L. L. P.; COELHO, M. T. A. D. Quando o estranhamento se traduz em preconceito: trajetórias de vida de pessoas transexuais. In: VIEIRA, T. R. (Org.). *Minorias Sexuais: direitos e preconceitos*. Brasília, DF: Consulex, 2012. p. 375-396.
- SANTOS, A. S. *Corpo educado? Percepção do risco de contrair HIV/AIDS e práticas educativas entre travestis profissionais do sexo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2007. 144p.

SANTOS, M. F. L.; ARÁN, M. A construção do dispositivo da transexualidade: saberes, tessituras e singularidades nas vivências trans. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 2., 2011. Salvador. *Anais...* Salvador: Universidade do Estado da Bahia, 2011. Disponível em: <<http://nugsexdiadorim.files.wordpress.com/2011/12/a-construc3a7c3a30-do-dispositivo-da-transexualidade-saberes-tessituras-e-singularidades-nas-vivc3aancias-trans1.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

STOP TRANS PATHOLOGIZATION. *Manifesto*. 2012. Disponível em: <<http://www.stp2012.info/old/pt>>. Acesso em: 05 jun. 2013.

TEIXEIRA, F. B. *Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade*. 2009. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2009.

VIEIRA, T. R. Adequação de sexo do transexual: aspectos psicológicos, médicos e jurídicos. *Psicologia: teoria e prática*, v. 2, n. 2, p. 88-102, jul./dez. 2000.

_____. *Nome e sexo: mudança no registro civil*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008. 352p.

_____. Adequação de nome e sexo e a vulnerabilidade do transexual. In: VIEIRA, T. R. (Org.). *Minorias Sexuais: direitos e preconceitos*. Brasília – DF: Consulex, 2012. p. 375-396.

WYLLYS, J.; KOKAY, E. *Projeto de Lei 5002/2013 João W. Nery - Lei de Identidade de Gênero*. Brasília, 2013.

Corpos híbridos e transexualidade: para além da dicotomia de gênero

Luís Augusto Vasconcelos da Silva
Maycon Lopes

Introdução

Este capítulo parte de uma discussão mais ampla sobre a regulamentação do processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), através do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero, que viabiliza o acesso de um grupo ao sistema de saúde público (via patologização), pela não conformidade entre sexo biológico e gênero. (ARÁN; MURTA, 2009) Em contrapartida, as travestis ficam excluídas da atenção à saúde, dos recursos médicos e tecnológicos para a transformação corporal, já que não demandam a cirurgia de transgenitalização, restando como uma das poucas opções a ação das “bombadeiras”, quando travestis, em geral, injetam silicone líquido em outras travestis para a modificação de seus corpos. (PELÚCIO, 2005a) Como sustenta Tatiana Lionço (2009, p. 55):

A regulamentação da aplicabilidade dos procedimentos médico-cirúrgicos sobre caracteres sexuais é restrita a casos de transexualismo porque se compreende, mediante a reparação cirúrgica, que uma certa normalidade poderia ser restituída. Como as travestis não demandam essa correção, reafirmando a insuficiência da lógica binária em dar conta das experiências subjetivas de posicionamento diante da diferença sexual, são excluídas do acesso aos serviços e aos recursos mé-

dicos em seus processos de transformação corporais, não dispendo de iguais oportunidades no acesso aos serviços e tecnologias disponíveis no campo médico.

Essa distribuição “desigual” de recursos e possibilidades de acesso ao SUS no processo de transformação corporal encontra-se intimamente vinculada a padrões heteronormativos de reconhecimento de corpos e identidades de gênero; corpos estes organizados em torno do binarismo masculino-feminino. O processo cirúrgico de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários orienta-se, assim, pela busca de maior coerência ou inteligibilidade de gênero, ou seja, na direção de manter a “continuidade entre sexo, gênero, práticas sexuais e desejos, por intermédio dos quais a identidade é reconhecida e adquire efeito de substância”. (ARÁN; MURTA, 2009, p. 33)

Quando a resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.955/2010 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010), que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização, considera “o paciente transexual” como *portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio*, é preciso compreender que há uma racionalidade que fundamenta estes termos e noções. Dessa forma, quando se fala em “transexualismo” e “transtorno de identidade”, pressupõe-se que há uma não correspondência entre o que é determinado pela natureza (sexo) e o que deve ser vivido culturalmente (gênero). Estes termos e noções, portanto, como argumentam Arán e Murta (2009, p. 33), originam-se “de uma racionalidade que pressupõe que o sexo é algo definido pela natureza, fundamentado pelo corpo orgânico, biológico e genético, e que o gênero é algo que se adquire através da cultura”. De um lado, um dado natural, a-histórico, e de outro, uma construção histórico-social.

Judith Butler (2003), no entanto, concebe tanto o gênero quanto o sexo como produções discursivas, produtos da cultura, o que inviabiliza qualquer distinção entre sexo (natureza) e gênero (cultura). O sexo, para a autora, também é um meio “discursivo/cultural” pelo qual o “sexo natural” é “produzido e estabelecido como pré-discursivo, anterior à cultura”, e mais, como “uma superfície politicamente neutra sobre a qual age a cultura”. (BUTLER, 2003, p. 25) Judith Butler, como *teórica queer*, fala de gênero como paródia, no sentido de imitação sem origem. O gênero não seria um substantivo, uma essência intacta, mas efeito de práticas e discursos, uma “performance repetida”. (BUTLER, 2003, p. 200) O conceito de “performatividade” diz respeito aqui à reiteração de uma norma ou conjunto de normas (BUTLER, 2008), mas que, paradoxalmente, possibilita a própria desestabilização das normas.

Nesta direção, tendo como referência essas dicotomias tradicionais (masculino-feminino, natureza-cultura) que sustentam e dão suporte ao processo de transformação corporal de transexuais, como também à própria perspectiva/imagem de corpo que fundamenta este processo, gostaríamos de trazer alguns relatos de mulheres transexuais que têm passado por estas transformações, destacando também as ambiguidades e tensões vividas cotidianamente para atingir um determinado projeto ou ideal de corpo. Estas trajetórias ou projetos devem ser compreendidos a partir das relações entre sexo, corpo e identidade (sexual/gênero) presentes na nossa história ocidental. Ao mesmo tempo, ao longo deste capítulo, gostaríamos de problematizar ou

“borrar” os limites e fronteiras dessas definições e imagens, no sentido de pensar corpos mais híbridos ou transgressivos, inclusive para o que se entende como corpo masculino ou feminino – corpos estes que apresentam formas e modelos compartilhados/valorizados socialmente.

Sexo, corpo e (bio)identidades

A homossexualidade, como uma invenção social moderna (FOUCAULT, 2001), no conjunto de práticas institucionais e discursivas que demarcam as fronteiras morais entre um “sexo” legítimo e outro ilegítimo, portanto, como um fato político (SEIDMAN, 1994), fez surgir e deslocar novas (e diferentes) descrições sobre os sujeitos. Dessa forma, ainda que haja controvérsias se foi o médico húngaro, Karoly Maria Benkert, ou o jornalista e advogado húngaro, Karol Maria Kertbeny, que, no ano de 1869, inventou o termo homossexual (NUNAN, 2003), é importante ressaltar que houve a produção de um novo sujeito. Nas palavras de Foucault (2001, p. 43):

O homossexual do séc. XIX torna-se uma personagem: um passado, uma história, uma infância, um caráter, uma forma de vida; também é morfologia, com uma anatomia indiscreta e, talvez, uma fisiologia misteriosa. Nada daquilo que ele é, no fim das contas, escapa à sua sexualidade. Ela está presente nele todo: subjacente a todas as suas condutas, já que ela é o princípio insidioso e infinitamente ativo das mesmas; inscrita sem pudor na sua face e no seu corpo já que é um segredo que se trai sempre. É-lhe consubstancial, não tanto como pecado habitual, porém como natureza singular.

Como categoria psicológica, médica e psiquiátrica, a homossexualidade passa a ser percebida como um tipo de “androgenia interior” ou “hermafroditismo da alma”. (FOUCAULT, 2001) Se antes o sodomita era um “reincidente”, agora o homossexual passa a ser uma “espécie”. (FOUCAULT, 2001) Ressalta-se que mesmo os defensores da homossexualidade, no século XIX, como o jurista alemão Heinrich Ulrichs (que cria o termo uranismo, em 1864, para se referir à alma feminina em um corpo masculino), Havelock Ellis, na Inglaterra, Magnus Hirschfeld, na Alemanha, todos enfatizam, em alguma medida, a condição natural da homossexualidade (FRY, 1983), o que implica conceber algo que se organiza a partir de uma direção biológica, de uma *natureza peculiar*. (FOUCAULT, 2001) Havelock Ellis, por exemplo, caracteriza o “invertido” como tendo uma anomalia congênita e Hirschfeld fala de sexo intermediário. (BADINTER, 1993)

Conforme destaca Seidman (2003), no final do século XIX, o discurso científico passa a conceber a sexualidade como um fato da natureza. De acordo com os sexologistas, como Richard von Krafft-Ebing, Havelock Ellis e Magnus Hirschfeld, os humanos nascem com uma natureza sexual, sendo a sexualidade parte da característica biológica e genética de todos os indivíduos. A sexualidade será vista como central no ser humano, influenciando todos os as-

pectos da vida, desde os físicos aos psicológicos, e tendo como “instinto sexual” a “natureza” heterossexual. (SEIDMAN, 2003)

Ainda que tenham ocorrido, no século XX, mudanças de orientação nos discursos da sexualidade, por exemplo, a partir do discurso freudiano, que passa a focalizar as leis do desejo e dinâmica do inconsciente para além da norma biológica e social' (COSTA, 1995), há um ponto central que dá “unidade” a esta trajetória discursiva. Diferentemente de outras sociedades, como a chinesa, indiana, japonesa, árabe-muçulmana, que se basearam na *ars erotica*, a nossa civilização ocidental produziu o que Michel Foucault (2001) denominou de *scientia sexualis*, desenvolvida a partir do século XIX.

Na *ars erotica*, o saber recai sobre o próprio prazer com o objetivo de ampliar seus efeitos; saber este que deve permanecer na maior discrição para não perder sua eficácia e virtude. Assim, o prazer deve ser praticado e “recolhido como experiência”. (FOUCAULT, 2001, p. 57) Nesta “arte erótica”, sempre existe um mestre detentor dos segredos que os transmite de forma “esotérica” a um iniciante e o orienta em relação ao caminho que deve seguir. Em contrapartida, a nossa *scientia sexualis* buscou produzir a verdade do sexo através da confissão. Da confissão religiosa, passamos a expandir uma técnica da escuta em campos diversos, jurídico, médico, pedagógico etc. Pela confissão, busca-se desvelar, decifrar, “desencavar” a verdade que se esconde no fundo do ser. Nesse sentido, inventamos outro tipo de prazer, o “prazer da verdade do prazer”. (FOUCAULT, 2001, p. 69) A confissão passa a extrapolar formas e campos de atuação para além das fronteiras tradicionais.

Ressalta-se que a noção de sexo vincula-se ao modelo biológico da diferença sexual do século XIX, sendo importante para explicar a divisão dos sujeitos entre homossexuais e heterossexuais, mas também devendo ser utilizado para justificar a criação de outros termos e categorias médicas, como transexualismo e transtorno de identidade de gênero. Conforme argumenta Laqueur (2001), a noção de dois sexos biologicamente distintos é relativamente recente na nossa história. A concepção científica dominante da sexualidade até o século XVIII, aproximadamente, era a do *one-sex model*, tendo como referência um “modelo metafísico ideal do corpo humano”. (COSTA, 1995, p. 100) A diferença entre homens e mulheres ocorria, portanto, por outros critérios que não o do sexo (biológico). Neste modelo de um único sexo, a mulher é percebida como um “homem invertido e inferior”, estando localizada em um plano inferior na escala de perfeição metafísica, alcançada pelo homem. (COSTA, 1995) O modelo da diferença sexual (dois

1 Seidman (2003, p. 12) argumentará que Freud nunca abandonou a visão “sexológica” de que o sexo é natural, ainda que tenha expandido a maneira de concebê-lo. Enquanto os sexologistas definiram o instinto sexual como reprodutivo e naturalmente heterossexual, Freud sustentou que o instinto sexual é orientado para o prazer. A visão do “instinto sexual” como dirigido para o prazer “confunde” a linha entre o comportamento normal e anormal. (SEIDMAN, 2003, p. 7-8) Nessa direção, o desvio do intercuro heterossexual não é anormal *per si*; os desejos sexuais tornam-se anormais apenas quando são exclusivamente orientados para o prazer ou fixados em um ato ou prazer específico. Para Freud, então, o que é anormal é quando prazeres secundários substituem a meta primeira do intercuro heterossexual. (SEIDMAN, 2003) Por sua vez, o psicanalista Jurandir Freire Costa admite que Freud foi influenciado pelo modelo biológico da diferença sexual, criado no século XIX, para explicar a homossexualidade, e, consequentemente, foi freado por uma moralidade dominante na época. Entretanto, Costa (1995, p. 246) argumenta que mesmo com todas as ambiguidades, preconceitos e contradições presentes ao longo de seus textos, o pensamento freudiano mostrou a possibilidade de se criar “tantos referentes para os termos sexo e sexualidade, quanto nos permita a imaginação, o desejo, ou, em suma, a linguagem”.

sexos) coloca em outros termos a diferença entre homens e mulheres, ou seja, uma diferença justificada pela própria natureza. Como destaca Berenice Bento (2006, p. 115):

O corpo da mulher era igual ao do homem, sendo a vagina um pênis invertido. A ideia central aqui é continuidade, e não de oposição. O útero era o escroto feminino; os ovários, os testículos; a vulva, um prepúcio; e a vagina, um pênis invertido. No lugar deste modelo [isomorfismo], foi construído o dimorfismo. Os corpos justificariam as desigualdades supostamente naturais entre homens e mulheres.

Se até então era possível “passar”, “virar” ou “tornar-se” outro gênero, em meados do século XIX, com o dispositivo (e medicalização) da sexualidade, o cenário muda: “todo sujeito tem um sexo e a tarefa da ciência é desfazer os ‘disfarces’ da natureza e determinar o sexo verdadeiro a partir de um exame minucioso do corpo”. (BENTO, 2006, p. 119) Aqui, ainda não é possível realizar a cirurgia de “mudança” de sexo, o que vai acontecer apenas no século XX, com os avanços tecnológicos da biomedicina e em um contexto de maior liberdade sexual. (ARÁN; MURTA, 2009) Em 1973, momento em que a homossexualidade sai do Código Internacional das Doenças, transexuais entram no DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Busca-se, assim, diferenciar transexuais de outras categorias ou “condições sexuais”, tendo como base a “não-conformidade entre sexo biológico e gênero”. (ARÁN; MURTA, 2009, p. 33)

É importante destacar que as possibilidades (múltiplas) de modificação corporal abertas para diferentes sujeitos, ainda que nem todos possam utilizar os mesmos recursos e serviços, como é o caso das travestis, foram viabilizadas por conta das mudanças de concepção de corpo que ocorreram ao longo da nossa história. Na pré-modernidade, o corpo/self era concebido essencialmente como “aberto”, “poroso” ou “permeável” ao mundo, permitindo a troca constante de elementos de dentro e fora do corpo. (LUPTON, 1998) Vale a pena citar, por exemplo, o conceito de corpo grotesco presente nas discussões de Mikhail Bakhtin (1970) sobre a obra de François Rabelais, que tem como base a cultura cômica popular. Bakhtin (1970) vai denominar de *realismo grotesco* a concepção estética particular da vida prática que caracteriza a cultura cômica popular, ou mais especificamente, o sistema de imagens da cultura cômica popular da Idade Média, que tem seu apogeu na literatura do renascimento. Segundo Bakhtin (1970, p. 28), o princípio material e corporal do realismo grotesco vai de encontro a todo isolamento do indivíduo e confinamento em si mesmo, a toda característica ideal abstrata, a todas as pretensões de significação que estejam separadas e independentes da *terra e do corpo*. Nessa perspectiva, o *corpo grotesco* não está separado ou fechado para o restante do mundo, tampouco acabado ou pronto, ele ultrapassa a si mesmo, transpõe seus próprios limites. A ênfase é colocada sobre as partes do corpo abertas para o mundo exterior, através de seus orifícios, protuberâncias, ramificações e excrescências. (BAKHTIN, 1970, p. 35)

Entretanto, já no século XVI, com a Reforma Protestante, mas principalmente no final do século XVII, com o Iluminismo, passa-se a questionar o papel da natureza, do corpo, sua sensualidade, as superstições e o sobrenatural, em direção a um pensamento mais racional e científico. Le Breton (2011) chama atenção para a importância das primeiras disseções oficiais, no começo do século XV, para a construção do corpo moderno, como “indício de um rompimento do ho-

mem consigo mesmo, de um rompimento entre o homem e os outros, e de um rompimento entre o homem e o cosmo”. (LE BRETON, 2011, p. 73) O corpo/self torna-se, gradativamente, mais fechado para o mundo, havendo uma preocupação crescente com a regulação e autocontrole, produzindo-se um sentimento de ansiedade em torno do relaxamento e perda de controle das fronteiras do corpo/self. (LUPTON, 1998)

No decorrer da história, temos presenciado também mudanças de valores e perspectivas em relação ao “nosso” corpo. Conforme assinala Le Breton (2002, 2006), com a crise de legitimidade e de sentido do mundo contemporâneo, o indivíduo passa a procurar no corpo sua marca ou *signo* de identidade. O corpo não é mais percebido como a *encarnação irredutível de si*, mas como *construção pessoal*, (LE BRETON, 2002, p.7) objeto, matéria-prima, material disponível que se manipula e se transforma, crescendo em valor técnico e mercadológico. (LE BRETON, 2006) Se o corpo é a marca do indivíduo, seu limite e fronteira que o separa ou o distingue dos outros e da natureza, é através dele que o homem busca *reconciliar-se* com um mundo cada vez mais confuso, individualista e incerto. (LE BRETON, 2002, 2006)

As múltiplas atividades, marcas e transformações corporais (cirurgias estéticas, ginásticas, *body building*, regimes alimentares, uso de cosméticos, *body art*, tatuagem, *piercing*, enfim, todas as *body modification*)² produzem um novo sentido de *inclusão* ou conexão com os outros. A *alma* do homem desloca-se para a superfície da pele. Como sustenta Le Breton (2002, 2006), ao invés de se pensar a alma ou espírito em oposição ao corpo, instala-se uma nova dicotomia entre o homem e o seu próprio corpo, como *companheiro de estrada ou espelho fraternal*. (LE BRETON, 2006, p. 86) Transformando a “realidade” no corpo, as pessoas buscam fugir do anonimato, afirmar sua presença ou existência para si e para os outros, sua liberdade de escolha e criação, enfim, restituir um sentimento de soberania pessoal. (LE BRETON, 2002)

Por sua vez, com o crescimento das biotecnologias, novas formas de sociabilidades passam a ocorrer a partir de outros critérios que não os tradicionais, como raça, sexo, idade etc. O que parece contar é a performance corporal, critérios de saúde, buscando-se atingir longevidade, melhor forma física e juventude, através de atividades dirigidas para o controle do corpo. (ORTEGA, 2003, 2006, 2008) Rabinow (1999) chama este novo modelo social de biosociabilidade. Neste modelo de construção de bioidentidades (ORTEGA, 2003), de restrições e autoprodução (RABINOW, 1999), o corpo é o lugar da moral e matriz da identidade pessoal. Produz-se um discurso de “verdade do ser” para além do sexo (FOUCAULT, 2001), onde traços, marcas, elementos e critérios biológicos são importantes para mobilizar relações sociais/pessoais, legitimar o início ou manutenção de uma parceria afetivo-sexual, bem como para dizer e fixar algo sobre a pessoa.

Entretanto, como destacam Goldenberg e Ramos (2002), no culto ao corpo, ao invés de um afrouxamento moral, produz-se um cenário ambíguo, uma nova moralidade: “sob a aparente libertação física e sexual, prega-se conformidade a determinado padrão estético, convencionalmente chamado de ‘boa forma’”. (GOLDENBERG; RAMOS, 2002, p. 25) É interessante ressaltar

2 Featherstone (1999) refere-se ao termo *body modification* para designar uma lista diversa de práticas que buscam alterar a aparência e a forma do corpo, não necessariamente utilizando instrumentos de corte para inscrever algo ou alterar a sua superfície, como é caso dos exercícios físicos e regimes alimentares.

que as práticas ascéticas dizem respeito a formas ou processos de subjetivação, estreitamente vinculadas a determinados contextos históricos. Em se tratando das modernas ascetes corporais, as bioascetes, devemos pensá-las tendo como referência o contexto das biossociabilidades. Nesse sentido, como argumenta Ortega (2008), diferentemente das ascetes clássicas greco-romanas, que devem ser compreendidas como exercícios ou práticas da liberdade, as bioascetes são “práticas de assujeitamento”, que “reproduzem no foco subjetivo as regras da biossociabilidade, enfatizando-se os procedimentos de cuidado corporais, médicos, higiênicos e estéticos na construção das identidades pessoais, das bioidentidades”. (ORTEGA, 2008, p. 31, 32)

O processo de transformação corporal de transexuais (e travestis) não ocorre de forma independente ou alheia a estas mudanças de referências e valores do corpo na contemporaneidade. As tensões cotidianas por que passam transexuais, na produção de “novos” corpos, devem ser também compreendidas a partir de suas dificuldades para atingir ou se chegar a um modelo ideal da “boa forma” feminina – uma feminilidade que pareça “natural”. É importante notar, por exemplo, como o “traveção” das décadas de 70 e 80, que encarnava o próprio grotesco, no sentido bakhtiniano, dotado de um hiperbolismo material e corporal positivado, perdeu o lugar para as “ninfetinhas” (PELÚCIO, 2005b), travestis com formas mais discretas, contidas, despidas do exagero do “traveção”, e, assim, mais próximas ao que conhecemos como uma cis-mulher.³

As “ninfetinhas” passam a ser mais desejadas no mercado erótico, revelando, de algum modo, a superioridade do biológico nos julgamentos normativos contemporâneos (RABINOW, 1999), ao tempo em que sua aparição denuncia o que há de construído no “natural”, ou como essa suposta naturalidade precisa ser, além de fabricada, gerida. Se na figura do “traveção” podemos perceber todo um engajamento, um trabalho no corpo voltado para a “estética da presença”, para o “não passar despercebida”, a emergência da “ninfetinha” opõe-se ao *visivelmente* artificial. Agora tanto melhor a intervenção no corpo será considerada, quanto mais próximo for seu resultado do “natural”. Normalizar-se, adequar-se ao padrão vigente de corpo ideal, produz justamente o efeito de certa “invisibilidade”, de não ter a presença notada – esconder-se do olhar do outro.

Histórias de modificação corporal

Com o objetivo de iluminar o/a leitor/a no itinerário teórico que temos percorrido até então, decidimos pôr em relevo relatos de experiências de mulheres transexuais, participantes de uma pesquisa qualitativa, de base etnográfica, sobre modificações corporais e produção de

3 Cis-mulheres são aquelas cujas identidades e expressões de gênero são legitimadas pelas normas dominantes. (SIMAKAWA, 2012) O uso do prefixo “cis”, que vem do latim e significa “aquém”, tem sido protagonizado por ativistas trans, que dele lançam mão com o intuito de descentrar o grupo dominante, ao compreendê-lo como mais uma das diversas possibilidades de vivência do gênero e não mais uma norma contra a qual as trans se definiriam. (KOYAMA, 2002, apud SIMAKAWA, 2012) Descartamos categorias como “mulher biológica”, “bio-mulher” ou “mulher uterina” por entendermos que estas, ao soarem naturalizantes, podem acabar por reforçar a superioridade do biológico, um dos principais vetores de marginalização das identidades trans.

identidade, realizada em Salvador(Ba), entre agosto/2011 e julho/2012.⁴ A partir das histórias de vida de algumas das nossas interlocutoras, gostaríamos de destacar o uso do hormônio feminino no processo de modificação corporal, como também o uso de outras “técnicas” e “procedimentos” estéticos, disponíveis no mercado, para além do silicone industrial.

Conforme aponta a literatura (PELÚCIO, 2005a, 2005b; BENEDETTI, 2005), com o desenrolar da pesquisa, observamos que uma das primeiras etapas no processo de transformação corporal de travestis e transexuais consiste no uso de hormônio feminino. Existem diversos caminhos pelos quais as pessoas iniciam a ingestão dessa substância química. Ela pode ocorrer, por exemplo, através de uma amiga em quem se observam certas mudanças corporais – suscitando então o questionamento sobre como elas estão conseguindo tais (desejáveis) efeitos. É quando elas lhes indicam a fórmula e inicia-se o processo de ingestão do hormônio. Foi esse o caso de Linda⁵, com 40 anos atualmente, e que começou a ingestão de hormônio quando ainda era “metá-metá”, ou, como ela esclarece: metade menino, metade menina. Possivelmente, o hormônio participou de modo ativo dessa configuração corporal dualística da perspectiva convencional do gênero, o “metá-metá”. Durante o dia, ocupando a função de servidor público, era Lindoval, um rapaz de cabelo preso, e cujos peitos, que àquela altura já começavam a despontar, eram disfarçados por uma faixa que os enlaçava. Era assim que Lindoval encobria a Lindinete, que ganhava vida à noite, como também era conhecida por onde quer que andasse na cidade do Salvador. Pouco mais tarde, quando deixou o emprego e partiu para a Europa, a princípio com a ideia de ser cuidadora de idosos, decidiu prostituir-se, sendo batizada pelo nome de Linda, como até hoje é chamada.

Foi também através de uma amiga travesti, que Amanda, transexual de 25 anos, começou a tomar hormônio feminino. Depois de ver seu peito ganhar forma, Amanda perguntou à amiga “o que era aquilo”. Ela respondeu e questionou se Amanda iria interromper o uso da substância. Não, a amiga tinha acertado; era isso que ela queria. O interessante é que foi essa mesma amiga que, antes de lhe oferecer hormônio, a denominou de transexual pela primeira vez, sendo, portanto, fundamental nos rumos “anatômicos” e identitários tomados por Amanda.

Já Camille, de 19 anos, conheceu o hormônio feminino através da internet. Buscou quais os hormônios indicados, os efeitos colaterais e começou a tomar comprimidos. Se no início foi sem acompanhamento especializado, atualmente quem lhe aplica as injeções e a aconselha é uma amiga enfermeira. Embora, segundo ela, excesso de hormônio aumente a propensão ao câncer, o que tomava em três meses passou a tomar em quinze dias e, assim, agora, em um mês está tomando o que outrora tomava em seis. Para ela, assim como para os seus pares, o hormônio

4 O projeto “modificações corporais, acesso à saúde e modos de vida de travestis e transexuais em Salvador-Bahia” foi submetido ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic-UFBA) e desenvolvido nos meses de agosto/2011 a julho/2012, sob a coordenação do prof. dr. Luís Augusto Vasconcelos da Silva, com as entrevistas sendo realizadas pelo bolsista Maycon Lopes. O projeto tinha por objetivo geral conhecer as trajetórias e modos de vida de travestis e transexuais em Salvador(Ba), bem como os contextos de vulnerabilidade para problemas e agravos à saúde, a fim de dar subsídios para a adoção de políticas públicas de prevenção, promoção de saúde e assistência a essa população. Entre os seus objetivos específicos, destacam-se: 1) conhecer as práticas de transformação corporal de travestis e transexuais e os sentidos e repercussões deste processo; 2) compreender como travestis e transexuais se posicionam em relação às suas respectivas identidades. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética (027-11/CEP-ISC).

5 Todos os nomes das nossas interlocutoras são fictícios.

marca uma espécie de “pontapé inicial” rumo às transformações corporais vindouras. Camille observa que os pelos estão mais finos, que os peitos cresceram. No momento em que interrompeu o uso dos comprimidos, sob conselho da amiga, que alegou risco de desenvolver câncer, ela notou que os pêlos da perna, após a depilação com cera, passaram a crescer mais rápido e que ocasionalmente nascem uns pelos na face, que tira com o auxílio da pinça. Como afirma Silva (2007, p. 155), “a natureza reflui sempre, a exigir um constante combate”. Camille aumentou a dose, retomando a hormonoterapia através da injeção.

Além dos efeitos sobre a libido, todas elas conhecem os efeitos dos hormônios sobre o “sistema nervoso”. Amanda descreve sua repercussão a partir do hábito de “dar patada”, ou seja, de ser ríspida com as pessoas, ou “pavio curto”, intolerante. Para ela, a imagem perfeita desses efeitos é a TPM. Assim – explica – é como se o consumo de hormônios a fizesse viver sempre de TPM, uma vez que esta se configura como um período em que a mulher passa por uma alta taxa de hormônios. Camille corrobora, argumentando que, se antes o hormônio lhe provocava náusea, agora ele a deixa “muito estressada, muito sensível”. Ela associa seus efeitos sobre o “sistema nervoso” com excesso de sentimentalismo e oscilação de humor. Nesse sentido, como destaca Benedetti (2005, p. 80), os hormônios, além de agirem sobre o corpo, produzem “efeitos tanto de ordem física quanto moral”, materializando todo um universo simbólico feminino.

Remetendo-se ao início da sua trajetória de utilização de hormônio, Linda argumenta que os seus efeitos sobre a psique são tão devastadores, em termos de deixá-la extremamente nervosa e deprimida, que até mesmo “nojo” de homem chegava a sentir. Segundo ela, seu comportamento se alterava radicalmente e isso se devia ao fato de os hormônios, além de serem muito fortes, serem consumidos por conta própria. Hoje, acredita que o acompanhamento de um especialista seja fundamental; um médico que recomende o hormônio adequado a ser utilizado.

Diferentemente de Linda e Camille, Amanda se submeteu a diversas cirurgias plásticas; no osso frontal, no pomo de Adão, prótese de seios e lipoescultura. Todas com um só médico (particular), que lhe recomendou as cirurgias necessárias a fim de “corrigir” seus traços masculinos. Quando a encontramos, ela ainda estava com faixas no tórax, devido justamente a sua última cirurgia – a lipoescultura, que fez com a intenção de afinar a cintura, para que o quadril sobressaísse. Embora, como ela diz, desde nova o seu “bumbum” tenha forma de menina, Amanda não tinha quadril e rejeitou a ideia de aplicar silicone naquele local. Segundo ela, as travestis colocam silicone industrial “e aí apodrece”. A cada cirurgia, Amanda relata:

Eu ficava naquela expectativa, né, de mudança. De sair da clínica... Ave, Maria, as pessoas não comentarem nada, de ser uma mulher normal na rua, mas aí, meu filho, quando eu ia pra rua, e [...] e era a mesma coisa, aquilo era uma decepção. Eu ficava: “Meu Deus, gastei dinheiro à toa”. O que vinha na cabeça era isso [pausa]. É decepção total.

O que “assombra” Amanda é a recorrência com que é identificada como travesti nas ruas. Travesti é, para ela, a imitação deteriorada da mulher e representaria, quando identificada como tal, o fracasso no seu projeto em assimilar-se à “autêntica” mulher. É como ela se sente: mulher,

com apenas “uma coisinha pra corrigir”. Amanda nos narra, por exemplo, o dia em que a mãe a viu nua e, após assustar-se com o corpo da filha, sua suposta incongruência – aqui uma referência ao gênero como comumente é compreendido, uma totalidade em que uma parte deve responder à outra – perguntou como ela ficava para se depilar; se ela ficava nua e se a situação não era constrangedora. Ela respondeu que ficava de calcinha. Foi quando de repente sua mãe disse: “é, isso aí você tem que tirar, porque isso aí não tem nada a ver com o seu corpo. Não tem nada a ver. Agora eu tô entendendo porque você quer operar”.

Amanda qualifica o “isso”, o pênis, como um “corpo estranho”, pondo tônica em um dos aspectos do que Berenice Bento (2006) chama de “dispositivo da transexualidade”; a saber, o rechaço por sua própria genitália. Seria esse o modelo hegemônico de transexualidade, o modelo biomédico, que tem como um dos principais postulados o critério de desgenitalização prévia. (PIÑEROBA, 2008) Como um dispositivo, que, no sentido utilizado por Foucault (1984), compreende um conjunto heterogêneo de enunciados científicos, discursos, instituições, ele funciona a fim de estabelecer regularidades, permanências e reiterações, implicando, portanto, relações de poder; regimes de inclusão e exclusão. Desse modo, na definição de uma identidade, supõem-se determinadas práticas, modos de agir e pensar apropriados.

Amanda recusa-se a falar em mudança de sexo. Ela prefere, acredita que seja mais adequado, falar em *correção* de sexo. A cirurgia de redesignação sexual foi planejada por ela como seu “último passo”. Antes, priorizou a aparência, porque para ela não compensava ter uma vagina e não ser reconhecida como mulher. Então, investiu primeiramente na transformação das suas feições – o que, segundo a própria, “de nada adiantou”. Agora, quando “não tem mais o que fazer”, Amanda acredita que precisa se conformar com essa limitação. Talvez a limitação seja também do bisturi e de suas promessas, ou do próprio corpo, que é maleável, mas só até certo ponto. Quanto à expectativa da cirurgia de redesignação sexual, explicita:

Agora assim, o único problema meu é a falta de confiança em mim mesma. Por exemplo, eu me sinto inferior às mulheres. Me sinto. Eu acho que eles vão cair na tentação e pegar uma mulher operada, já que eu não sou operada. [...] Então acho que isso tudo vai mudar com a cirurgia. Autoconfiança.

Ao chamar a cis-mulher de “mulher operada”, Amanda parece “abraçar as possibilidades inerentes à ruptura de distinções límpidas entre organismo e máquina e distinções similares”. (HARAWAY, 1994, p. 274)⁶ E ela só o faz a partir de um caminho viabilizado pela biotecnologia, que, se por um lado parece libertar e abrir horizontes, por outro parece readestrar. Ou seja, de um lado a tecnologia permitiu uma maior plasticidade do corpo – o que nos remeteria a certo sentimento de liberdade, de viabilização de escolhas carnis – do outro, um controle de

6 Em uma perspectiva pós-humanista e pós-gênero, a partir das múltiplas imbricações e transformações biotecnológicas, Donna Haraway (2000) desenvolve o seguinte argumento: seríamos todos ciborgues, híbridos de máquina e organismo. A imagem do ciborgue significa a própria confusão de fronteiras, bem como ambiguidades criativas. Segundo Haraway (2000, p. 40), estas criaturas híbridas habitam “mundos” que são simultaneamente naturais e fabricados. Esta discussão pós-humanista é altamente oportuna para redimensionar ou colocar em novos termos algumas cisões ou dicotomias tradicionais, por exemplo, entre natureza e cultura, discurso e experiência, razão e emoção, corpo e mente, ou mesmo entre humano e máquina.

sua materialidade moldada a partir de concepções dominantes sobre o que é ser homem ou ser mulher.

Conclusão: corpos excessivos e transgressivos

Elizabeth Grosz (1994, 2000) apresenta algumas reflexões bastante sugestivas sobre as dicotomias e reducionismos em relação ao corpo (masculino-feminino). Existem tipos específicos (e concretos) de corpos que não podem ser reduzidos a um *continuum linear*, daí a importância de considerá-los em sua multidimensionalidade (sexo, raça, classe etc). Nesta direção, os corpos são irredutíveis ao sexo, ainda que sejam sexualmente específicos, como também são mutuamente constitutivos ou “necessariamente entrelaçados a particularidades raciais, culturais e de classe”. (GROSZ, 2000, p. 79) Por conseguinte, o modelo ideal de corpo (humano) deve ser desafiado pela afirmação de uma multiplicidade de corpos distintos, de um campo de diferença, incluindo o reconhecimento ou produção de outros discursos não restritos aos modos de explicação naturalista e cientificista. Finalmente, em relação aos pares binários existentes, por exemplo natureza e cultura, Elizabeth Grosz sugere que podemos problematizar tais dicotomias pensando o corpo como um “conceito limiar ou fronteira que oscila perigosa e indecidivelmente no eixo dos pares binários”. (GROSZ, 2000, p. 85)

Esta característica de indeterminação, fluidez e transformação dos corpos apresenta-se como uma estratégia política interessante para abalar e provocar qualquer perspectiva que privilegie um dos termos dos pares binários, principalmente quando o corpo é percebido em uma dimensão essencialmente natural, biológica, ou exclusivamente social ou discursiva. Nesse sentido, a ênfase sobre aspectos do *corpo grotesco* – conectado com outros seres e coisas do mundo; corpo em movimento, que está sempre em estado de construção/criação, que absorve o mundo e é absorvido por ele (BAKHTIN, 1970, p. 315) – talvez possa contribuir para pensar o corpo de outra maneira, isto é, de forma mais transgressiva e excessiva,⁷ para além das nossas dicotomias tradicionais, como é o caso da oposição entre masculinidade e feminilidade (categorias estas compreendidas muitas vezes de forma fixa, homogênea e estável).

Nessa direção, como argumenta Williams (2006), necessitamos redescobrir ou desenvolver novas maneiras não reducionistas de pensar a complexidade do mundo (e da vida), no esforço de ir além da lógica binária. Assim, para além de perspectivas “puramente” construcionistas ou biologicistas, talvez seja mais interessante (e proveitoso) reconhecer a materialidade de um corpo que é, simultaneamente, social, cultural, histórico e político; ou, em outra direção, reconhecer que o corpo (material) é constituído ou produzido diferentemente de forma contínua pela *interação* com outros corpos, materiais, máquinas, tecnologias e discursos.

Seguindo esta perspectiva, nós não apenas “temos” e “somos” um corpo, mas nós também os “encenamos” e os “fazemos” nas nossas práticas diárias. (MOL; LAW, 2004) Desse ponto

7 Williams e Bendelow (2000) chamam atenção para um “corpo material recalcitrante” (desobediente, rebelde, resistente); que não se deixa conter (“incontido”); que assusta com sua “vontade própria”; que não é apenas formado por “relações sociais”, mas também entra na construção dessas relações como “fonte” e “restrição”. Nesta perspectiva, o corpo pode ser visto como *excessivo e transgressivo*, na medida em que rompe seus limites e especificidades histórico-culturais. (WILLIAMS, 1998)

de vista, como enfatizam Mol e Law (2004), apesar de o corpo (vivido) não ser fragmentado, também não é um todo coerente (bem definido), mas uma área de tensão, uma “configuração complexa”. No dia a dia, essas tensões não podem ser evitadas, mas simplesmente “gerenciadas”. Portanto, a crença de que temos um corpo coerente ou que somos uma totalidade esconde muito trabalho.

Existem, assim, diversos caminhos, conflitos (e atalhos) para se chegar ao corpo que se deseja. É claro que, em alguma medida, os resultados variam segundo o procedimento adotado, assim como os riscos e os custos, que são maiores ou menores de acordo com a intervenção que é feita. Estaria Amanda planejando a curto prazo uma vaginoplastia na Tailândia se pertencesse a uma classe social menos abastada e caso não contasse com o apoio da mãe – responsável monetariamente pelas suas cirurgias – nesta empreitada? Teria ela se submetido a quatro cirurgias plásticas caso não fosse constantemente vista pelas pessoas como travesti? A “correção da aparência”, através da técnica cirúrgica é acionada na esperança de eliminar o hibridismo masculino/feminino do seu corpo (e rosto), na intenção de que aconteça de fato a somatização/exteriorização da sua subjetividade feminina, que o seu corpo a apresente segundo sua identidade de mulher. Nesse sentido, as convenções de como deve ser o corpo de uma mulher, e como é o corpo de uma mulher desejada, são parâmetros importantes nas transformações corporais das transexuais.

Finalmente, é importante ressaltar que as trajetórias biográficas, as práticas e relações cotidianas são fundamentais para compreender o processo de transformação corporal de transexuais e travestis, suas tensões e gerenciamentos – do risco e do próprio corpo (desejado). O transformar-se deste ou daquele modo, neste ou naquele período, pode variar bastante (ser constrangido ou não), a depender dos recursos econômicos disponíveis, do acesso aos serviços e recursos tecnológicos (próteses, silicone, hormonioterapia etc), bem como das limitações, interesses, estratégias, valores e projetos envolvidos.

Nessa mesma direção, é preciso enfatizar que nem todas as transexuais desejam a cirurgia de transgenitalização e que uma situação de “intenso sofrimento psíquico” não pode ser traduzida simplesmente por um diagnóstico psiquiátrico (ARÁN, Zaidhaft; Murta, 2008), na medida em que práticas e discursos heteronormativos nomeiam, organizam, regulam corpos/subjetividades. Além de existirem trajetórias subjetivas diversas (ÁRAN, 2009), devemos reconhecer também que, muitas vezes, as fronteiras/distinções entre travestis e transexuais encontram-se “borradas” no cotidiano, havendo um “trânsito” entre estas identidades. (ÁRAN; MURTA, 2009) As identidades, portanto, não são fixas ou isoladas, mas posições sempre disputadas, negociadas, em constante interação e movimento.

Referências

ARÁN, M. A psicanálise e o dispositivo diferença sexual. *Estudos Feministas*, v. 17, n. 3, p. 653-673, 2009.

ARÁN, M; MURTA, D. 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, p. 15-41, 2009.

- ARÁN, M; Zaidhaft, S.; Murta, D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia @ Sociedade*, v. 20, n. 1, p. 70-79, 2008.
- BADINTER, E. XY: sobre a identidade masculina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- BAKHITIN, M. *L'ouvre de François Rabelais et la culture populaire au Moyen Age et sous la Renaissance*. Paris: Éditions Gallimard, 1970.
- BENEDETTI, Marcos. Entre curvas e sinuosidades: a fabricação do feminino no corpo das travestis. In: _____. *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 51-88.
- BENTO, Berenice. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- _____. *Cuerpos que importam: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. 2. ed. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº. 1.955, de setembro de 2010*. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização e revoga a Resolução CFM no. 1.652/02. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm>. Acesso em: 12 ago. 2011.
- COSTA, J. F. *A face e o verso: estudos sobre o homoerotismo II*. São Paulo: Editora Escuta, 1995.
- FEATHERSTONE, M. Body modification: an introduction. *Body @ Society*, v. 5, n. 2-3, p. 1-13, 1999.
- FOUCAULT, M. El juego de Michel Foucault. In: _____. *Saber y verdad*. Madri: Ediciones de la Piqueta, 1984. Disponível em: <http://www.upv.es/laboluz/leer/books/juego_foucault.pdf>. Acesso em: 2 out. 2012.
- _____. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Graal, 2001.
- FRY, P. *Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983.
- GOLDENBERG, M.; RAMOS, M. S. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDENBERG, M. (Org.). *Nu @ vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 19-40.
- GROSZ, E. *Volatile bodies: toward a corporeal feminism*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 1994.
- _____. Corpos reconfigurados. *Cadernos Pagu*, v. 14, p. 45-86, 2000.
- HARAWAY, D. Um manifesto para os cyborgs: ciência, tecnologia e feminismo socialista na década de 80. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de. (Org.). *Tendências e impasses: feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 37-129.

_____. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: SILVA, T. T. (Org.). *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 37-129.

LAQUEUR, T. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LE BRETON, D. *Signes d'identité: tatouages, piercings et autres marques corporelles*. Paris: Éditions Métailié, 2002.

_____. *A sociologia do corpo*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

_____. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. Rio de Janeiro, *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

LUPTON, D. *The emotional self*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications, 1998.

MOL, A.; LAW, J. Embodied action, enacted bodies: the example of hypoglycaemia. *Body @ Society*, v. 10, n. 2-3, p. 43-62, 2004.

NUNAN, A. *Homossexualidade: do preconceito aos padrões de consumo*. Rio de Janeiro: Caravansaraí, 2003.

ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 59-77, 2003.

_____. Das utopias sociais às utopias corporais: identidades somáticas e marcas corporais. In: ALMEIDA, M. I. M.; EUGENIO, F. (Org.). *Culturas Jovens: novos mapas do afeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006. p. 42-58.

_____. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PELÚCIO, L. “Toda quebrada na plástica”: Corporalidade e construções de gênero entre travestis paulistas. *Revista Campos*, Porto Alegre, v. 6, n. 1-2, p. 97-112, 2005a.

PELÚCIO, L. Na noite nem todos os gatos são pardos: notas sobre a prostituição travesti. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 25, p. 217-248, 2005b.

PIÑEROBA, J. A. N. Transexualidad: sus supuestas causas innatas. In: _____. *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*. Barcelona: Bellaterra, 2008. p. 57-87.

RABINOW, P. Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biosociabilidade. In: _____. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 135-157.

SEIDMAN, S. Queer-ing sociology, sociologizing queer theory: an introduction. *Sociological Theory*, v. 12, n. 2, p. 166-177, 1994.

_____. *The social construction of sexuality*. New York, London: W.W. Norton & Company, 2003.

SILVA, H. R. S. *Travestis: entre o espelho e a rua*. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.

SIMAKAWA, D. T. Pela descolonização das identidades trans. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ESTUDOS SOBRE A DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO DA ABEH, 6., 2012. Salvador. *Anais...* Salvador: UFBA, 2012. Disponível em: <http://www.abeh.org.br/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=31:ddo19pdf&id=1:anais-abeh2012&Itemid=87> Acesso em: 7 out. 2012.

WILLIAMS, S. J. Bodily dys-order, excess and the transgression of corporeal boundaries. *Body & Society*, v. 4, n. 2, p. 59-82, 1998.

_____. Medical Sociology and the biological body: where are we now and where do we go from here?. *Health*, v. 10, n. 1, p. 5-30, 2006.

WILLIAMS, S. J.; BENDELOW, G. A. 'Recalcitrant bodies'? Children, cancer and the transgression of corporeal boundaries. *Health*, v. 4, n. 1, p. 51-71, 2000.

A interiorização do “verdadeiro” sexo e a busca pelo “verdadeiro” gênero

Jorge Leite Júnior

O objetivo deste artigo é apresentar uma reflexão sobre o processo histórico que, no campo da medicina e durante a passagem do século XIX ao XX, criou o conceito de “hermafroditismo psíquico” como um ponto psicológico extremo originado do pseudo-hermafroditismo anômico. É baseado neste conceito, de hermafrodita psíquico, que Magnus Hirschfeld irá criar a moderna noção de “travestismo”, agora associada ao campo da sexualidade e, algumas décadas depois, Harry Benjamin irá desenvolver o conceito de “transexualismo”. Neste processo, a concepção de que todos possuímos um único e “verdadeiro sexo” se interioriza e, ao se desvincular da anatomia, gera a busca pela identificação de um “verdadeiro gênero”.

Podemos afirmar, com base em vários estudos tanto da área das ciências humanas em geral quanto das médicas em particular (BENJAMIN, 1999; CHAMPASSAK, 2003; COHEN, 2000; ELIADE, 1999; GARCÍA, 1925; GROSZ, 1996; LAQUEUR, 2001; MIGUET, 2005), que pessoas que transitam de um sexo ou gênero a outro são comuns em várias culturas, inclusive historicamente nesta que se convencionou chamar de “cultura ocidental”. O que caracteriza o discurso científico contemporâneo em relação a este tema é a patologização das pessoas que fazem ou desejam fazer esse trânsito. Ou seja, nossa época não tem como característica primeira a demanda de um número crescente de pessoas para passar de um gênero ao outro, ou a tecnologia de intervenção cirúrgica para tal feito, mas sim a interpretação de tais pessoas como possuindo um “transtorno”, uma “doença”, um “desvio”, uma “disforia”.

O que compreendemos hoje como transexualidade é justamente o conflito entre a mente e o corpo da pessoa (no caso, entre o gênero e o sexo), sem nenhuma causa reconhecível de origem biofisiológica. Esse é o elemento central para se diferenciar a transexualidade de qualquer forma de pseudo-hermafroditismo ou distúrbios da diferenciação do sexo (DDS), tanto para a Classificação Internacional de Doenças (CID) editada pela Organização Mundial da Saúde, para o Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM), da Associação Psiquiátrica Americana,¹ quanto para os *Standards of Care* da atual *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH).² Mas quais foram as bases conceituais de onde se desenvolveram as interpretações científicas sobre “o fenômeno transexual”? (BENJAMIN, 1999) Como o trânsito entre os gêneros se tornou um “transtorno” psíquico? Vejamos um pouco desta curiosa história.

Da Antiguidade até aproximadamente o século XVIII, dentro do discurso médico-filosófico-moral e que gradativamente (a partir do Renascimento) começa a se formar como científico, o grande ser que representava a saudosa e temida união entre macho e fêmea, homem e mulher, masculino e feminino, era o hermafrodita.³ (COHEN, 2000; ELIADE, 1999; MIGUET, 2005) Originado do discurso religioso e filosófico, esta entidade evocava tanto a perda união mítica entre homens e mulheres quanto, em sua versão corporificada e “real”, anunciava algum tipo de transgressão espiritual ou social com sua conseqüente punição no corpo da pessoa assim classificada. Ou seja, as pessoas com algum grau de ambigüidade genital eram consideradas como monstros ou prodígios da natureza, encarnando em seus corpos a punição por algum tipo de transgressão. O hermafrodita era o grande monstro sexual que serviu de tema para os debates filosóficos, políticos e religiosos sobre os limites sociais e espirituais entre homens e mulheres. (PARÉ, 2000)

Em *Inventando o sexo*, Thomas Laqueur (2001) mostra como exatamente neste período (da Antiguidade até praticamente o século XVIII) vigorava o modelo conceitual sobre o corpo humano como possuindo um sexo único no qual os gêneros, masculino ou feminino, eram reconhecidos pelo grau de “evolução” fisiológica da pessoa. No século II d.C., o médico grego Galeno vai explicar que o sexo da futura criança será definido segundo a quantidade de calor no corpo da gestante, de acordo com a tradição dos humores aristotélicos (devemos lembrar aqui que esta noção de calor é uma propriedade associada mais ao universo espiritual do que ao terreno das leis físicas da termodinâmica). Se houvesse calor o suficiente, nascia um menino; mas se o aquecimento fosse pouco para o amadurecimento orgânico, o feto não se desenvolvia completamente e vinha ao mundo uma menina. Para este médico, o desenvolvimento perfeito dentro do útero levava à formação de alguém do sexo masculino, sendo a mulher apenas um homem organicamente imaturo. (LAQUEUR, 2001)

1 Classificada no DSM-V (lançado em 2013) como “disforia de gênero”, sendo que na versão anterior do manual a classificação era “transtorno de identidade de gênero”. Esta mudança do ponto de vista terminológico é o resultado de um embate de muitos anos entre a militância internacional – especialmente a transexual (mas não só) – e a APA pela despatologização da transexualidade. A troca do termo “transtorno” por “disforia” é uma resposta menos do campo científico e mais do político: esta foi a solução encontrada por esta Associação visando “mudar para que nada mude”.

2 Antiga *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*.

3 Ou Andrógino. Até o século XVIII, estes dois nomes eram majoritariamente usados como sinônimos, em especial no campo da medicina, como atesta Paré (2000), apesar de suas origens conceitualmente distintas. Apenas a partir do século XIX é que o hermafroditismo passa a ser associado exclusivamente ao corpo e a androginia ao gênero.

De acordo com seus estudos de anatomia geral comparada, formou-se a ideia da existência de um sexo apenas, que seria mais ou menos perfeito dependendo de seu desenvolvimento. A mulher teria os genitais voltados para dentro do corpo; o homem os teria para fora. Desta forma, o que evidenciaria quem eram os homens e mulheres não era especificamente seus aparelhos genitais, mas suas roupas, atitudes, expectativas e conformações sociais.

Ser homem ou mulher era manter uma posição social, um lugar na sociedade, assumir um papel cultural, não ser organicamente um ou outro de dois sexos incomensuráveis. Em outras palavras, o sexo antes do século XVII era ainda uma categoria sociológica e não ontológica. (LAQUEUR, 2001, p. 19)

Conforme a crença filosófica de que a natureza tende sempre à perfeição, vários autores, de médicos a filósofos deste período, relataram casos em que mulheres haviam se tornado homens graças a um aumento do calor de seus corpos.⁴ Segundo esta lógica, o hermafrodita era justamente quem ficava no meio da transição entre a mulher e o homem, sem conseguir ser completamente um ou outro.

Desta forma, a figura do hermafrodita estava demasiadamente associada ao discurso mítico/religioso, aos saberes populares sobre monstros e à crença em que uma pessoa poderia ser homem e mulher ao mesmo tempo. Com a mudança epistemológica, cultural, política, social, tecnológica e mesmo erótica decorrente da modernidade, do fim do século XVIII em diante, e a partir da criação no campo médico da teratologia durante o século XIX, a figura do hermafrodita não encontra mais espaço na recente ordem social racionalizada e de base científica. Uma nova concepção de corpo, de sexo genital e de sexualidade vai surgir e, com ela, o hermafrodita da monstruosidade mítica cede espaço ao pseudo-hermafrodita da medicina moderna.

Conforme Foucault (1983), é justamente a partir do século XIX que se desenvolve um dos elementos mais importantes de toda a ciência sexual moderna: a busca pelo “verdadeiro sexo” das pessoas; a crença de que cada ser humano possui um único sexo, e que este sexo essencial, organizador tanto do desenvolvimento orgânico quanto psíquico, pode ser mascarado pelos desvios do crescimento do corpo e/ou da mente. É desta forma que o antigo hermafrodita (possuidor dos dois sexos) será desacreditado pela ciência, e nasce o pseudo-hermafrodita, a pessoa com um sexo “verdadeiro” masculino, mas com caracteres físicos ou psíquicos do sexo feminino, ou vice-versa.

O pseudo-hermafrodita que surge no fim do século XIX é uma entidade nova na História. Não mais um monstro fascinante das crenças místicas, mas um terata das crenças científicas; não mais um maligno representante das desordens cósmicas, mas um anormal representante dos transtornos da natureza. Agora, a ambiguidade sexual passa a ser muito mais uma questão biológica, envolvendo principalmente a fisiologia e a psique e menos uma tensão espiritual. Dentro do novo modelo médico que passa a vigorar a partir do século XVIII, de dois sexos com um gênero distinto cada um, o hermafroditismo torna-se não mais o incômodo de um ser inter-

4 De Galeno no século II, à Montaigne no século XVI, percebemos o quanto esta crença era comum.

mediário, mas o impasse de um ser impossível. Não há mais lugar na ciência para alguém com os dois sexos/gêneros, apenas pessoas com um sexo e seu pressuposto e culturalmente criado gênero correspondente.

Assim, homens e mulheres passam a se distinguir menos pelo grau de espiritualidade e mais por seus “sexos” agora opostos, cujo reconhecimento vai da aparência dos genitais aos mais sutis elementos químicos encontrados no sangue; de uma pressuposta “natureza” humana inata, ao recém-inventado inconsciente. O que era a alma, única e hierarquizada por seu grau de perfeição, dividiu-se em dois tipos de psique absolutamente estranhas uma à outra, a masculina e a feminina.

Na mesma época, consolida-se a ideia no campo científico (vinda da religião e dos argumentos teológicos) de que a função sexual humana tem como objetivo primeiro, se não único, a procriação da espécie. Conforme a pesquisadora Alice Domurat Dreger (2003, p. 151), em seu importante livro sobre a criação moderna das diferenças sexuais a partir do corpo dos pseudo-hermafroditas, *“a escolha das gônadas como marcadores para o verdadeiro sexo é derivada da ideia do século dezenove em que a fundamental diferença entre homens e mulheres residia em suas capacidades reprodutivas”*.

Ainda assim, durante a invenção do pseudo-hermafrodita, os cirurgiões e médicos mantêm a ideia de um hermafroditismo “completo” que perde seu lugar no corpo e passa a se alojar na mente. O “verdadeiro hermafrodita” fisiológico torna-se cada vez mais raro. Os traços de combinação e indefinição entre homens e mulheres migram para a psique como o último grau de uma sutil e indevida mistura entre os sexos, nascendo, desta forma, o “hermafrodita psíquico”, com suas referentes (psico)patologias. É a partir deste debate que o tema passa a ser discutido preferencialmente pelos cientistas da psique (psicólogos, psiquiatras e psicanalistas). Não por acaso, neste embate de forças visando à criação e consolidação de novos conceitos sobre corpos e gêneros, as mulheres barbadas e os hermafroditas povoam tanto os shows de “aberrações humanas” (*freak shows*) das feiras populares como os livros médicos da cultura erudita. (GROSZ, 1996)

Para vários cientistas e médicos do fim do século XIX e início do XX (DREGER, 2000; GARCÍA, 1925; MARAÑÓN, 1930), a mixagem entre os sexos poderia ocorrer em vários graus dentro de alguns indivíduos, indo desde a interferência dos caracteres sexuais do sexo “oposto” sobre o sexo “verdadeiro” no plano unicamente fisiológico, até o puramente psicológico. Quando este era o caso, tinha-se o chamado “hermafroditismo psíquico”. Não podemos nos esquecer que, neste período, ainda não havia a separação conceitual entre sexo, gênero, identidade de gênero e orientação sexual.

Os seres humanos então passam a ser compreendidos como homens ou mulheres, opostos complementares, onde cada um possui características próprias e únicas: a masculinidade, a capacidade de tomar iniciativas, o maior desenvolvimento racional, a propensão à liderança e à vida pública e um forte apetite sexual para os homens e a feminilidade, a passividade, o sentimentalismo, a submissão, a preferência pelas questões privadas, a vida doméstica associada à maternidade e uma intensa necessidade de afeto para as mulheres. Conforme Laqueur (2001, p. 15),

O lugar-comum da psicologia contemporânea – de que o homem deseja o sexo e a mulher deseja relacionamentos – é a exata inversão das noções do pré-Iluminismo que, desde a Antiguidade, ligava a amizade aos homens e a sensualidade às mulheres.

Qualquer uma destas características encontradas em alguém que não possuía o genital correspondente a estas expectativas culturais permitia interpretar a pessoa como possuindo um desvio, uma perversão e, principalmente, uma “inversão sexual” – termo surgido em 1878 em uma revista de medicina italiana. (KATZ, 1996, p. 65) Isto ocorre dentro do desenvolvimento neste período da categoria “homossexual”, considerada o grau último do hermafroditismo psíquico para muitos psiquiatras, surgindo assim a teoria da “inversão” das “essências” masculinas e femininas. Conforme Foucault (1988, p. 44),

A homossexualidade apareceu como uma das figuras da sexualidade quando foi transferida, da prática da sodomia, para uma espécie de androginia interior, um hermafroditismo da alma. O sodomita era um reincidente, agora o homossexual é uma espécie.

Este é um ponto extremamente importante: neste período, como já foi dito, não havia a atual separação conceitual entre sexo, gênero, identidade de gênero e orientação sexual. “Homens” e “mulheres” eram compreendidos/as⁵ como um bloco único envolvendo seus corpos (especialmente os genitais e gônadas), aparências (roupas, adereços, corte de cabelo, entre outras formas de se apresentar socialmente), desejos e posições sociais. Bem *grosso modo*, algo do tipo: nasceu com pênis e testículos, logo é homem, logo é masculino (com todas as expectativas sociais que isso implica – das roupas às práticas sexuais) e logo deseja mulheres; nasceu com vagina e ovários, logo é mulher, logo é feminina (com todas as expectativas sociais que isso implica – das roupas às práticas sexuais) e logo deseja homens,⁶ sendo esta lógica a base da heterossexualidade compulsória, ou seja, a expectativa e coerção social para que as pessoas se relacionem afetiva e sexualmente com outras do sexo “oposto” – pois isto é compreendido como “natural”. (BUTLER, 2003)

É graças a estes pressupostos conceituais que a recente categoria homossexualidade passa a ser compreendida como um tipo de hermafroditismo psíquico, ou uma forma mental de “intersexualidade”.⁷

Dentro deste contexto, em 1925, o médico argentino Carlos Lagos García escreve o livro *Las deformidades de la sexualidad humana*. Ao analisar os indivíduos que sentem atração afetivo-sexual por outros do pressuposto mesmo “sexo”, Lagos García (1925, p. 476) chama-os de *verda-*

5 E ainda são assim pensados/as não apenas pelo senso comum, mas por grande parte das ciências.

6 Uma das grandes revoluções conceituais que o conceito de gênero trouxe (primeiro na psicologia a partir da década de 60 e depois nas ciências sociais a partir da década de 70) foi o de justamente questionar este “logo”. Assim, não é porque alguém nasce com pênis que “logo” pode ser considerado socialmente (ou se autoconsiderar) homem, ser masculino e/ou desejar mulheres. E vice-versa.

7 Em 1917, o médico inglês Richard Goldschmidt cunha os termos “intersexo, intersexual e intersexualidade” (medida em graus ou estágios), como substitutos dos termos “hermafroditas”, “hermafroditas psíquicos”, “pseudo-hermafroditas” e suas variações, cujo propósito é a facilidade de uso na linguagem científica sem a necessidade de traduções específicas. (DREGER, 2003, p. 207)

deiros hermafroditas psico-somáticos. Apesar de, como todos os médicos da época, o autor não mais utilizar a ideia de um “verdadeiro” hermafrodita fisiológico (a não ser no raríssimo caso de possuir gônadas ovotestis),⁸ evoca novamente este conceito para referir-se ao campo psíquico. Desta maneira, dentro do conceito de “inversão” sexual, passa a residir agora o “verdadeiro” hermafrodita.

Em 1929, o médico espanhol Gregório Marañoñ escreve *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. Neste livro, no capítulo XIII: *a homossexualidade como estado intersexual*, o autor explica que os hormônios não são a única influência nos caracteres sexuais, sendo necessário levar em conta o campo psicológico da pessoa e que a homossexualidade é *a forma mais escandalosa de intersexualidade*. (MARAÑOÑ, 1930, p. 238)

Gradativamente, durante a primeira metade do século XX, o conceito de um “verdadeiro sexo” encontrável em algum órgão do corpo ou função fisiológica vai sendo substituído pela ideia de um “sexo prevalecente” que, assim, torna-se então e indiretamente o “verdadeiro” sexo. A regra então para descobrir este sexo em alguém já adulto ou pelo menos não mais bebê passa a ser a composição do “todo” de uma pessoa e o que mais a equilibra para o lado feminino ou masculino, envolvendo gônadas, caracteres e funções sexuais e, cada vez mais, a influência psíquica. Consolida-se então a noção de que existem pessoas que possuem uma “disfunção”, um “desvio (perversão)” ou um “transtorno” específico: o corpo de um sexo e o gênero de outro ou, conforme a expressão popularmente conhecida, “um corpo de homem com alma de mulher” (ou vice-versa).

Dentro desta discussão sobre os limites entre feminilidades e masculinidades, um ponto começa a ganhar destaque por questionar, mesmo que indiretamente, a separação entre vida interna e mundo exterior, mente e corpo: a apresentação externa de si mesmo como alguém pertencente ao sexo dito “oposto”, tema já historicamente estigmatizado.

Apesar deste debate estar implícito nos estudos da época, é apenas em 1910 que surge um dos mais importantes e completos estudos científicos sobre sexualidade e vestimentas: *Die Transvestiten*, traduzido para o inglês como *Transvestites – the erotic drive to cross-dress*, escrito por Magnus Hirschfeld, renomado médico e psicólogo alemão do período e um dos criadores da “sexologia”. Foi este livro que originou os termos “travesti” e “travestismo”, associando o uso de roupas do sexo “oposto” a um sentido sexual.

O que Magnus Hirschfeld criou de novo foi o termo e o conceito de “travestismo”, forjando uma categoria clínica nova e dando um novo sentido à palavra “travesti”: uma pessoa (tra) vestida com roupas do sexo oposto por motivações eróticas. Segundo o autor, como vários estudos destas questões específicas na época estão começando a propor, homens e mulheres não são seres total e completamente distintos, pois possuem vários elementos de masculinidade e/ou feminilidade em comum. “Travestismo” para este autor passa a ser então *o forte impulso para usar as roupas do sexo que não pertence à estrutura relativa a seu corpo* – como um fim em si mesmo, interpretando este impulso como uma forma de *expressão da personalidade íntima*. (HIRSCHFELD, 1991, p. 124) Assim, o foco desta nova categoria sexual passa a ser não tanto na

8 Gônada com características tanto do tecido dos testículos quanto dos ovários.

aparência externa,⁹ ou seja, no uso das roupas “cruzadas”, mas na disposição psíquica interior que leva a isso. É apenas graças a esta psicologização e consequente subjetivação da troca de vestuários entre os sexos que nasce o moderno conceito de “travesti” relacionado ao campo da sexualidade.

Desta forma, a autonomização da questão do vestuário e, principalmente, da apresentação social do gênero revela o quanto a sociedade e os deslocamentos culturais do período (como o movimento sufragista na Inglaterra), manifestados na moda em relação às roupas, cabelos e atitudes, já não mais servem como balizadores totalmente confiáveis dos marcadores sociais de diferenças, embaralhando e intencionalmente confundindo as hierarquizadas distinções entre classes, raças/etnias, gêneros e sexos. A ambiguidade sexual passa a ser revelada não apenas nos corpos dos “pseudo-hermafroditas”, nas psiques de “homossexuais” ou “travestis”, mas também nos vestuários, ornamentos e mesmo nos comportamentos das pessoas comuns dos modernos centros urbanos.

Em 1949, o médico D. O. Cauldwell escreve para uma revista popular de divulgação científica e educação sexual chamada *Sexology* sobre o caso de uma “mulher biológica” que queria se masculinizar. Ao analisar o caso, posicionando-se contra os tratamentos cirúrgicos, este doutor cunhou o termo “*psychopathia transexualis*”, título de seu artigo, em referência ao já clássico livro de Krafft-Ebing, *Psychopathia sexualis* (a maior coletânea científica de “aberrações sexuais” já escrita até hoje). Mas a questão da chamada transexualidade vai ganhar notoriedade e importância mundial quando, em 1952, o jornal *The New York Daily News* vai destacar na primeira página: “*Ex-GI becomes blonde beauty*” (MEYEROWITZ, 2004, p. 62), sobre a história de um ex-militar americano que se torna uma mulher (chamada Christine Jorgensen) através de intervenções cirúrgicas.

E é graças a este debate midiático, científico e, principalmente, espetacularizado, que Harry Benjamin, um endocrinologista alemão radicado nos Estados Unidos e um dos futuros “papas” da temática transexual, entrará neste debate. Em 1953, ele publica no *International Journal of Sexology* o artigo *Travestismo e transexualismo* (BENTO, 2006), sendo este último nome originado do termo formulado pelo Dr. Cauldwell (2001): *transexualis*. Neste texto, Benjamin cria literariamente o sujeito “transexual” e o “transexualismo”, iniciando assim o processo de popularização tanto científica quanto cotidiana destes dois novos termos, afirmando ainda que “[...] o hermafroditismo psíquico parece que vem a ser uma descrição útil, embora cientificamente incorreta”. (BENJAMIN, 1966, p. 220)

Mesmo trabalhando com o conceito chave para estes estudos, de uma bissexualidade original biológica e psíquica, Harry Benjamin ainda mantém a ideia de um “verdadeiro” sexo, agora encontrado no *sexo genético*, que embora mascarado, permanece como realidade última. O autor também afirma que a diferença fundamental entre travestis e transexuais é que no segundo caso existe um

desejo intenso, por vezes obsessivo, de mudar completamente de estado sexual, inclusive da estrutura orgânica. Enquanto o travestismo re-

9 Um tema extremamente importante e debatido na época tanto por médicos quanto por cientistas sociais.

presenta o papel de mulher, o transexual deseja ser e funcionar como mulher, aspirando a adquirir tantas características quantas forem possíveis da mulher, seja de ordem física, seja de ordem mental, e seja, ainda, de ordem sexual. Tanto o travestismo como o transexualismo são sintomas da mesma condição de base; trata-se, nos dois casos, de distúrbio da orientação normal do sexo e do gênero. (BENJAMIN, 1966, p. 214)

Mantendo o conceito “científico” de que ambas as expressões de gênero são um “*distúrbio da orientação normal*”, esta diferenciação conceitual, com poucas variações, vai embasar muitos dos futuros estudos sobre o tema. Se, até então, pessoas que desejavam fortemente viver como o sexo/gênero “oposto”, ou mesmo se consideravam como pertencentes a ele, eram classificadas como travestis, agora desenvolve-se uma diferenciação dentro desta categoria. Esta profunda identificação com o sexo/gênero “oposto” será uma característica de transexuais, originando um “transtorno” específico, enquanto que travestis serão associado/as, no discurso médico, cada vez mais ao campo não da identidade de gênero, mas do desejo sexual, relacionando-as às “perversões” e “parafilias”, em especial ao fetichismo. Ocorre assim um processo de distinção onde um dos casos representa a tragédia merecedora de piedade (LANTERI-LAURA, 1994), pois a busca por mudança é vista como uma adaptação aos padrões sociais vigentes na busca de seu “verdadeiro eu” (no caso das transexuais) e o outro caso passa a ser visto como o desejo sexual transgressivo e intencional (LANTERI-LAURA, 1994), evocando o campo das aparências e da “falsa” identidade (no caso dos/as travestis).

Deste momento em diante, surge uma intensa procura pela “verdadeira” pessoa transexual, aquela que não possui nenhum tipo de transtorno psíquico grave (psicose, paranoia) e, principalmente, não se confunde com a travesti, sendo ambas as buscas decorrentes da noção de uma “verdade” sexual. Não é por acaso que, quando o conceito de gênero é criado por Money em 1955, logo em seguida Stoller o desenvolve para “identidade de gênero” (em 1964) e “identidade de gênero nuclear” (em 1968), desejando encontrar um porto seguro, agora cada vez mais íntimo, profundo e distante para uma ameaçada verdade última e pura sobre os sexos/gêneros. Mesmo quando a ideia de um “verdadeiro” sexo ou uma “verdadeira” transexualidade é questionada, o discurso médico continua buscando a “legítima” (ou “verdadeira”) expressão de gênero feminina ou masculina na pessoa diagnosticada como transexual. (BENTO, 2006)

Assim, temos a impressão de que o conceito de “travestismo” de Hirschfeld foi sendo depurado, fazendo surgir dele uma nova expressão do trânsito entre os gêneros, agora um pouco mais “purificada” e limpa de associações com o perigoso campo das ambiguidades, aparências e desejos eróticos, vistas como a terra do “falso”, da “confusão” e das “perigosas” parafilias, da qual brota todo tipo de relação com a marginalidade. Desta forma, talvez o conceito de travesti tenha mantido boa parte da periculosidade do antigo perverso sexual (o criminoso), enquanto a noção de transexual evoca o trágico e triste destino do perverso (o doente). (LANTERI-LAURA, 1994) Neste caminho desenvolvido durante o século XX, a busca pela “verdade” do sexo não se extinguiu, mas foi redimensionada: do “verdadeiro” sexo fisiológico ao “verdadeiro” gênero psíquico.

Da mesma maneira que a biomedicina, muitos psiquiatras e cirurgiões buscam, ainda hoje, a origem de um “verdadeiro sexo” em algum local cada vez mais profundo do corpo (e que, no limite, originaria o gênero): genitais externos -> gônadas -> genes -> região determinante do sexo do gene Y (SRY)¹⁰ ou nas estruturas mais profundas do cérebro (SPIZZIRRI; 2012), enquanto as ciências da psique procuram a fonte de um “verdadeiro gênero” cada vez mais deslocado para os grotões profundos da mente: gênero -> identidade de gênero -> núcleo da identidade de gênero.

Isso significa, em primeiro lugar, que mesmo depois de mais de cinquenta anos de sua criação, a separação conceitual entre sexo, gênero, identidade de gênero e orientação sexual ainda não é predominante no campo das ciências em geral ou mesmo em alguns ramos da ciência em particular. Parece ainda reinar a antiquíssima (e culturalmente criada) lógica de que, “nasceu com pênis e testículos, logo é homem, logo é masculino e logo deseja mulheres; nasceu com vagina e ovários, logo é mulher, logo é feminina e logo deseja homens”,¹¹ onde qualquer alteração desta pressuposta e inventada ordem é vista como uma “anormalidade”, uma “perversão” ou um “transtorno”.

Será a recente diferenciação sexual do cérebro (NUCCI, 2010) a versão mais atual da intersexualidade orgânica (ou pseudo-hermafroditismo), que gera novamente um “hermafroditismo psíquico”, agora interpretado não mais como uma “alma de mulher em corpo de homem”, mas um “cérebro de mulher em corpo de homem” (e vice-versa)?

Se não fosse assim, por que ainda tantos livros contemporâneos sobre transexualidade se iniciam falando sobre a intersexualidade biológica.¹² (MACIEL-GUERRA; GUERRA JÚNIOR, 2002; MONEY, 2002; SAADEH, 2004; VIEIRA; PAIVA, 2009) Será um resquício de que a “origem” da transexualidade é o “hermafroditismo psíquico” e que este tem sua “origem” no hermafroditismo físico? Será ainda uma associação entre homossexualidade e transexualidade (ou seja, a não diferenciação entre orientação sexual e identidade de gênero)? Será a firme crença de que o gênero não é algo criado pela cultura, mutável histórica e socialmente, mas de que ele deriva essencialmente da biologia – no caso, do sexo da pessoa – e que um “distúrbio” da diferenciação do sexo pode levar, no plano psíquico, a um “transtorno” da diferenciação de gênero? Ou seja, será a atualização da ideologia do século XIX de que existe um “verdadeiro sexo” e que ele deve ser encontrado na biofisiologia da pessoa, pois esta é vista como um elemento “da natureza”, quer dizer, eterno, imutável e, principalmente, politicamente inquestionável. (BENTO; PELÚCIO, 2012)

A busca, ainda hoje, no corpo ou na mente, pela causa daquilo que geraria o “verdadeiro” sexo ou gênero dos sujeitos e a manutenção conceitual de uma biofisiologia que determina o gênero revela menos uma curiosidade científica e mais uma luta pela continuidade das distinções hierárquicas entre os tais Homens e as tais Mulheres (seja lá o que ou quem define onde começa um e acaba outro). Afinal, será que a procura pela origem da transexualidade a sua in-

10 No original em inglês: *Sex-determining Region on the Y chromosome*. (DAMIANI, 2005)

11 Como visto acima.

12 Ou mesmo sobre o andrógino e o hermafrodita míticos, como em Silva (2012)?

terpretação como patologia encobrem o sonho eugenista de acabar com estas pessoas através da esperada “cura” que poderá ser desenvolvida¹³ quando descobrirem suas causas?

Referências

- BENJAMIN, Harry. *The transsexual phenomenon*. Copyright of the electronic edition by Symposion Publishing, Düsseldorf, 1999.
- _____. Transexualismo e travestismo. In: CAPRIO, Frank S. (Org.). *Tudo sobre o sexo*. São Paulo: Ibrasa, 1966.
- BENTO, Berenice Alves de Melo. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BENTO, Berenice; PELUCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas, *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 20, n. 2, Aug. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 abr. 2014.
- BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- CHAMPASSAK, Tiane Doan Na. *Le sexe des anges*. Paris: Éditions de La Martinière, 2003.
- CAULDWELL, D. O. “Psychopathia Transexualis”, *International Journal of Transgenderism*, Minnesota, v. 5, n. 2, abr./jun. 2001.
- COHEN, Jeffrey Jerome. A Cultura dos monstros: sete teses. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). *Pedagogia dos Monstros*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.
- DAMIANI, Durval et al. Hermafroditismo verdadeiro: experiencia com 36 casos. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, São Paulo, v. 49, n. 1, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302005000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 abr. 2014.
- DREGER, Alice Domurat. *Hermaphrodites and the medical invention of sex*. Cambridge: Harvard University Press, 2003.
- ELIADE, Mircea. *Mefistófeles e o Andrógino*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FOUCAULT, Michel. “O verdadeiro sexo”. In: BARBIN, Hercule. *O Diário de um Hermafrodita*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- _____. *História da sexualidade I - A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- GARCÍA, Carlos Lagos. *Las deformidades de la sexualidad humana*. Buenos Aires: “El Ateneo” librería científica y literária, 1925.

¹³ Ou evitar que as crianças ou mesmos os fetos assim se desenvolvam.

- GROSZ, Elizabeth. Intolerable ambiguity: freaks as/at the limit. In: THOMSON, Rosemarie Garland (Org.). *Freakery – Cultural spectacles of the extraordinary body*. New York: New York University Press, 1996.
- HIRSCHFELD, Magnus. *Transvestites – the erotic drive to cross-dress*. New York: Prometheus books, 1991.
- KATZ, Jonathan Ned. *A invenção da heterossexualidade*. Rio de Janeiro: Record, 1996.
- LANTERI-LAURA, Georges. *Leitura das perversões*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- MACIEL-GUERRA, Andréa Tavares; GUERRA JÚNIOR, Gil (Org.). *Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo*. São Paulo: Editora Manole Ltda, 2002.
- MARAÑÓN, Gregorio. *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. Madrid: Javier Morata Editor, 1930.
- MEYEROWITZ, Joanne. *How sex changed*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2004.
- MIGUET, Marie. Andróginos. In: BRUNEL, Pierre (Org.). *Dicionário de mitos literários*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2005.
- MONEY, John. *Errores sexuales del cuerpo y sindromes relacionados*. Buenos Aires: Biblos, 2002.
- NUCCI, Marina. Qual o sexo do seu cérebro? Concepções de gênero, sexualidade e desvio em pesquisas biomédicas contemporâneas. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 9., 2010. Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: UFSC, 2010.
- PARÉ, Ambroise. *Monstruos y prodígios*. Madrid: Siruela, 2000.
- SAADEH, Alexandre. *Transtornos de identidade sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino*. Tese (Doutorado em Ciências)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.
- SILVA, Eloísio Alexandro (Org.). *Transexualidade – Princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos, 2012.
- SPIZZIRRI, Giancarlo. Transexualismo e neuroimagem. *Diagn Tratamento*, v. 17, n. 1, p. 32-35, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n1/a2858.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2012.
- VIEIRA, Tereza Rodrigues; PAIVA, Luiz Airton Saavedra (Org.). *Identidade sexual e transexualidade*. São Paulo: Roca, 2009.

Inquilino no próprio corpo: reflexões sobre as transexualidades

Paulo Roberto Ceccarelli

Introdução

Quando alguém, referindo-se a si próprio, diz “Eu”, encontra-se aí implícito o sexo e o gênero ao qual o sujeito se sente pertencer. Sem dúvida, a aquisição do sentimento de individualidade, isto é, o de ser, de existir separado de um outro – a percepção da alteridade – é o sentimento menos compartilhável e mais irredutível que o ser humano é capaz de viver. Dessa experiência nasce a possibilidade de estabelecer laços afetivos em diversos níveis, numa tentativa de nos sentirmos acolhidos no nosso desamparo constitucional. (CECCARELLI, 2009)

Mas a partir de que momento a criança se percebe como menina ou menino? Como este conhecimento é adquirido? E como se dá esta aquisição em alguns sujeitos – os/as transexuais – que, ao dizerem “Eu”, sentem uma profunda inadequação entre sua anatomia e sua identidade sexual/sexuada? Nesses sujeitos, este sentimento não está em sintonia com a anatômica, levando-os a uma exigência inflexível de “adequação do sexo”. Face à incompatibilidade entre como se percebem anatomicamente e o que sentem psicicamente, alguns transexuais relatam a sensação de habitar um corpo disforme, doente, monstruoso, que não lhes é próprio: “uma completa incompatibilidade entre o que sou anatomicamente e o que sinto ser”, disse-nos um transexual. Parece-me que a expressão “inquilino no próprio corpo” traduz esse sentimento, que pode ser tão insuportável a ponto de levar o sujeito à autoemasculação, ou até mesmo ao suicídio.

Para tentar compreender a intrincada questão da construção do sentimento de identidade sexuada, é necessário convocar, além de outras áreas da saúde, a psicanálise, a psicologia do desenvolvimento, a psicologia social e, de alguns anos para cá, as teorias de gênero, que trouxeram novos elementos ao debate. Para os objetivos deste texto, limitar-nos-emos às contribuições da psicanálise.

Antes de prosseguirmos, é importante ressaltar que o/a transexual não *muda* de sexo. A cirurgia, por mais bem-sucedida que possa ser, só afetará a morfologia. O que marca o sexo em sua dimensão biológica – cromossomo XY ou o XX – jamais será alterado, malgrado os “milagres” realizados (por hora) pela medicina moderna: não se pode transformar um sujeito XY em um XX, e vice-versa. Ainda que o prefixo *trans* sugira que se pode atravessar, como no mito de Tirésias, o corte da sexuação, podendo escolher estar de um lado ou de outro, o *trans-sexual*, em sua acepção etimológica, não existe. Não se pode, biologicamente, dar um sexo de homem a uma mulher, e nem o de uma mulher a um homem. A “mudança de sexo” que ocorre após a cirurgia é uma “mudança de fachada”, “de envelope”, como expressam alguns transexuais: uma nova aparência dada ao aspecto exterior do sujeito. Na “adequação do sexo”, o cirurgião só intervém na estética, pois, no mais profundo do sujeito, suas células sempre guardarão a marca de seu sexo cromossômico de origem.

Breves considerações sobre a construção do sentimento de identidade sexual/sexuada

De alguns anos para cá, sobretudo nos países de língua latina, existe uma tendência em fazer a distinção operacional entre *identidade sexual* e *identidade sexuada*. Nos países anglo-saxões fala-se de *Gender Identity* (identidade de gênero) para se referir à identidade sexuada. Nestes países encontramos expressões tais como *problemas de gênero*, *disforia de gênero*, que são de pouco uso no universo psicanalítico.

Enquanto *identidade sexual* diz respeito ao sentimento de pertencer ao sexo biológico designado no nascimento e à psicosssexualidade, a *identidade sexuada* nos reenvia ao sentimento de pertencer ao sexo culturalmente definido pelas construções sociais da masculinidade e da feminilidade (gênero) indicadas a cada um dos sexos biológicos. Contudo, identidade sexual e sexuada não são independentes, pois a identidade sexuada é construída em acordo com as normas determinadas pelo sexo biológico.

A expressão “identidade sexuada” tem a vantagem de eliminar toda predestinação identitária associada aos caracteres sexuais anatômicos subjacentes à fórmula clássica de “identidade sexual”. A identidade sexuada se refere ao fato de se reconhecer como menino ou menina face à diferença dos sexos. O “Eu” presente em nossos pensamentos nunca é neutro, pois nos sentimos homem ou mulher. Isto faz com que nosso sentimento de pertencer a um sexo e a um gênero seja um elemento de base de nossa subjetividade.

O sentimento de identidade sexuada é finalização de um processo do qual fazem parte, dentre outros elementos, a representação psíquica do corpo pulsional, assim como a sua imagem. Por ser tributária dos fantasmas de quem acolhe a criança quando de sua chegada ao

mundo e da dinâmica pulsional do recém-nascido, a representação do corpo próprio (FREUD, 1923, 1976), e mais tarde a aquisição da imagem corporal especular (LACAN, 1966), é uma construção imaginária. Isto significa que o lugar que a criança ocupa no desejo de quem lhe deu vida psíquica é estabelecido muito antes que o sujeito seja pai ou mãe: todos nós possuímos imagens e fantasmas relativos ao ser pai e mãe, que serão evocados caso nos tornemos pai, ou mãe. Tais são as bases fantasmáticas, verdadeiro berço psíquico, oferecidas ao recém-nascido quando de seu nascimento, que alicerçarão a construção da psicosexualidade. Isto significa que tanto a representação psíquica, quanto a imagem que o recém-nascido cria do seu corpo, guardam relações diretas com a representação psíquica que o sexo anatômico da criança – mesmo antes do nascimento – possui no narcisismo de quem a introduz no simbólico.

O Eu é desde sua origem corporal: uma projeção mental de uma superfície. (FREUD, 1923, 1976) A formação da instância do Eu será fortemente determinada tanto pelas sensações que o corpo lhe envia – sensações internas derivadas das exigências pulsionais –, quanto pela “informação libidinal” (AULAGNIER, 1979, p. 31), resultado dos investimentos libidinais dos pais, que se originam no mundo externo. Para que o Eu se constitua, é necessário que o corpo pulsional lhe informe seus limites e as referências que marcam suas fronteiras.

É a consolidação de uma crença que nos leva a dizer que somos homem ou mulher. Esta crença começa pela atribuição do sexo e pela designação do gênero que recebemos por quem nos acolheu no mundo e, posteriormente, pela inscrição no cartório civil. A partir daí, seremos tratados de acordo com os atributos do gênero que nos foram designados. Aos poucos, através do discurso dos pais, discurso este baseado em seus desejos, fantasias e crenças, e pelo lugar que ocupamos na família e na sociedade, tomamos conhecimentos de que somos menino ou menina e informados do lugar do qual deveremos responder, segundo as representações de gênero da cultura na qual nos encontramos inseridos. Esta crença será confirmada durante toda a vida pelo corpo, pela psicosexualidade e pela opinião comum.

Podemos dizer, então, que o sentimento de identidade sexuada é um sintoma, no sentido psicanalítico do termo: uma relação de compromisso entre as moções pulsionais em busca de satisfação e os limites impostos a essa satisfação pelos processos civilizatórios, com todos os elementos e variantes que ele comporta. O Eu nasce do conflito entre o Isso e o princípio de realidade. (FREUD, 1923, 1976) Ele é o resultado “consciente” dos processos de identificação e traduz o fantasma de uma síntese pontual que o sujeito faz quando diz “eu”.

As construções identitárias evocam duas modalidades identificatórias que lidam com problemáticas distintas, e que devem ser tratadas separadamente para uma melhor compreensão dos mecanismos envolvidos: de um lado, o sentimento que pode ser traduzido por “eu sou menino”, ou “eu sou menina”, que se estabelece bem cedo, e que se relaciona com o modo de inserção na função fálica. De outro lado, o sentimento “eu sou masculino” ou “eu sou feminina”, resultado das identificações secundárias relativas ao estágio do espelho. Este sentimento

¹ As palavras pai, mãe, pais devem ser entendidas apenas como significantes, como funções, sem nenhum valor absoluto. A utilização de expressões tais como aqueles que acolhem a criança no mundo, aqueles que recebem a criança no mundo, ou ainda, aqueles que cuidam do recém-nascido, descreve melhor as organizações familiares da atualidade: famílias tradicionais, homoparentalidade, monoparentalidade, famílias reconstruídas, dilatadas e tantos outros arranjos que definem os laços afetivos que sustentam a circulação pulsional do recém-nascido.

é tributário das representações sociais da masculinidade e da feminilidade e dos ideais constitutivos do sujeito. Isto significa que o conjunto dos movimentos psíquicos que leva o sujeito ao reconhecimento da diferença de sexo é dependente da situação edípica e do complexo de castração. (CECCARELLI, 2005) Sua dinâmica só se completará na puberdade, transformando polaridade órgão genital masculino/castrado, em masculino/feminino, e a diferença dos sexos terá como base a realidade material pênis/vagina. (FREUD, 1923b, 1976)

Tais considerações elucidam a chamada “orientação sexual”: a escolha de objeto – a solução – heterossexual ou homossexual (identificações secundárias) nada tem a ver com o fato de se sentir homem ou mulher. A partir daí, compreende-se, por exemplo, a angústia que um menino pode sentir frente ao desejo de se identificar às prerrogativas femininas, sem que se estime uma menina.² As crises comuns na adolescência quanto à orientação sexual não põem em dúvida a identidade sexuada do sujeito. Se, por outro lado, na adolescência o sujeito se questionar se ele é um homem, ou uma mulher, estamos frente a uma dinâmica pulsional totalmente diferente.

Hesitar, devido à resolução do complexo de Édipo, entre o desejo de penetrar, ou de ser penetrado, não coloca em dúvida que será como homem que o sujeito será penetrado por um homem, ou penetrará uma mulher. O travesti, ao usar roupas de mulher, ficar muito feminino ao usar as insígnias visuais do sexo feminino, sabe muito bem que ele é um homem, embora possa dizer que se sente muito feminina. Quanto ao transexual M->H (mulher->homem), ele se sente homem, e é como homem que sente atração por uma mulher: sua orientação é heterossexual.

O que se desprende do que foi dito é que ninguém nasce sexuado, posto que as bases que sustentam as identificações constitutivas do Eu e as futuras escolhas de objeto são vicissitudes das relações do recém-nascido com o Outro: “no psiquismo não há nada pelo que o sujeito possa situar-se como ser de macho ou ser de fêmea [...] aquilo que se deve fazer, como homem ou mulher, o ser humano terá sempre que aprender, peça por peça, do Outro”. (LACAN, 1985, p. 194) Feminilidade e masculinidade são representações do falo. Nessa perspectiva, é possível imaginar que, devido às variáveis que o sujeito deverá enfrentar na construção de sua psicosexualidade, a feminilidade, assim como a masculinidade, não coincidam com sua anatomia.

As transexualidades nos mostram que existem pessoas que vivem um profundo antagonismo subjetivo entre identidade sexual e sexuada: “sinto-me uma mulher presa em um corpo de homem”, ou vice-versa. Tais sujeitos têm uma demanda vital de modificar o corpo – identidade sexual – para adequá-lo ao sexo a que, psiquicamente, sente-se pertencer.

O uso da palavra *transexualidades*, no plural, se justifica, pois a origem da inadequação entre corpo anatômico e sentimento de identidade sexuada não é a mesma para todos/as aqueles/as que se dizem transexuais. Ainda que possamos achar pontos em comum nos discursos manifestos destes sujeitos, a aparente semelhança pode camuflar uma grande variedade de discursos latentes e recalcados. Assim, falar de “transexual típico” seria tão inadequado quanto

2 Algumas passagens do Pequeno Hans podem ser interpretadas nesta direção. Em um diálogo entre Hans e seu pai a respeito de “seus filhos”, Hans responde: “Por quê? Porque eu gostaria tanto de ter filhos; mas eu nunca quero; eu não deveria gostar de tê-los.” (FREUD, 1909, 1976, p. 95)

falar de “heterossexual típico”, de “homossexual típico”, ou de “travesti típico”: nada é “típico” na sexualidade humana.

Algumas abordagens do transexualismo

O que hoje é conhecido como *transexualismo*, mais recentemente *transexualidade*, ganhou notoriedade em 1952 quando ocorreu, na Dinamarca, a primeira cirurgia de “mudança de sexo”. Entretanto, o sentimento de “ser do outro sexo” é tão antigo quanto qualquer outra expressão da sexualidade humana. (GREEN, 1969) Em 1949 a expressão *Trans-sexualism* foi utilizada, pela primeira vez, pelo Dr. D.O. Cauldwell (1949) em *Psychopathia Transsexualis*, no qual relata um caso clínico de uma menina que queria ser menino. O que é novo, de fato, não são as transexualidades, mas, sim, a possibilidade de “mudar de sexo” graças ao avanço das técnicas cirúrgicas e a hormonoterapia.³

Se do ponto de vista médico, em suas diversas especialidades, as questões clínicas e técnicas em relação às transexualidades estão relativamente bem solucionadas, do ponto de vista psicológico as divergências entre os pesquisadores em relação à compreensão das transexualidades são inúmeras. Ao longo da história, várias explicações e soluções foram apresentadas, desde as diversas formas de terapia – psicanálise, comportamental –, até ao eletrochoque e a lobotomia, passando por diferentes tratamento médico-cirúrgicos.

Na psicanálise, observamos a mesma falta de consenso entre os autores que procuram compreender as transexualidades: uma disforia sexual (STOLLER, 1978), uma psicose (ALBY, 1956; SOCARIDES, 1970), uma desordem narcísica (CHILAND, 1988; OPPENHEIMER, 1980), um precursor da homossexualidade (LIMENTANI, 1989), o resultado da forclusão do Nome-do-Pai. (LACAN, 1971, 2011; SAFOUAN, 1974; MILLOT, 1983; CZERMAK, 1986)

A partir daí, duas grandes linhas teórico-clínicas se demarcam na compreensão das transexualidades: as que seguem as teorizações do psicanalista norte-americano Robert Stoller,⁴ à quem devemos o mais extenso estudo sobre o tema, e aquela que se apoia nos postulados do psicanalista francês Jacques-Marie Émile Lacan.⁵ O grande divisor de águas que separa a corrente lacaniana da stolleriana é, sem dúvida, constituído pela diferente apreensão de cada sobre a concepção do psiquismo: enquanto Stoller trabalha com o dinamismo pulsional e os movimentos identificatórios constitutivos do Eu [*Ich*], tais como os define Freud, Lacan apoia-se na noção de *sujeito* de inspiração agostiniana – inexistente em Freud (BOMPARD-PORTE, 2006) –, introduzida por ele na psicanálise. (CECCARELLI, 2007) Mas, talvez, o mais importante seja res-

3 De alguns anos para cá, observa-se o uso do termo transexualidade(s), no qual o sufixo *dade* significa “modo de ser”, em detrimento do sufixo *ismo* que sugere uma conotação patológica.

4 Stoller define o transexualismo como “a convicção de um sujeito biologicamente normal de pertencer ao outro sexo; no adulto, esta crença é acompanhada, na atualidade, de demandas de intervenções cirúrgicas e tratamentos hormonais, a fim de modificar a aparência anatômica do sexo de origem”. (STOLLER, 1978, p. 114)

5 Para Lacan, o transexual é psicótico, pois encarna o falo. Ele tenta, via cirurgia, libertar-se do lugar do significante: “é do lugar do significante que o transexualista quer se livrar, mas não do órgão. [...] Sua paixão, a do transexualista, é a loucura de querer liberar-se deste erro: o erro comum que não vê que o falo é apenas o significado. O transexualista não quer mais ser significado falo pelo discurso sexual, o que, como sublinho, é impossível. Seu único erro é o de querer forçar o discurso sexual, à passagem do Real, pela cirurgia”. (LACAN, 2011, p. 15)

saltar que, enquanto Stoller sustenta suas teorias a partir de um trabalho clínico consistente, as posições de Lacan são eminentemente teóricas.

Uma primeira conclusão

O trabalho que tenho realizado com transexuais há vários anos (CECCARELLI, 1994, 1995a, 1995b, 1998, 2003, 2008, 2013) mostrou-nos que a construção do sentimento de identidade sexual/sexuada não depende do sexo anatômico do recém-nascido: não se nasce psicicamente menino ou menina; nasce-se macho ou fêmea, em função da anatomia, e torna-se homem ou mulher em função da construção da psicosexualidade, que é tributária do desejo de quem acolhe a criança e lhe dá vida psíquica.

O estudo das transexualidades levou-me a repensar o estatuto desta expressão da sexualidade: trata-se de neurose? Uma perversão? Uma psicose? Uma defesa contra a homossexualidade? Devemos entender o transexualismo como uma síndrome? Como um sintoma, um fenômeno de nossa época? Ou simplesmente uma manifestação legítima da sexualidade humana?

O transexual não se confunde com o homossexual. Nas várias expressões das homossexualidades, a identidade sexuada do sujeito não está em jogo e a questão se coloca na chamada “escolha sexual”. (CECCARELLI, 2013) Se um (a) homossexual diz sentir-se “muito feminina”, ou “muito masculina”, o que está em evidência são as identificações secundárias responsáveis pela escolha de objeto. Para o/a transexual sua orientação sexual é heterossexual, ainda que existam aqueles que, após a cirurgia, se engajem em relações homoafetivas.

Tampouco o transexual se confunde com o travesti, pois, para ele, as roupas femininas não têm, como é o caso para o travesti, a dimensão fetichista. Para os travestis, como para alguns fetichistas, as roupas servem para “esconder” algo a ser revelado no momento oportuno: o jogo com seus órgãos genitais (esconder/mostrar) é fonte de erotismo tanto para estes sujeitos, quando para seus parceiros. Diferentemente do transexual, a dinâmica psíquica do travesti só pode ser pensada levando-se em conta a importância do pênis, que é a insígnia do seu sexo – o masculino – o que lhe permite viver a fantasia da mulher fálica. Quando o travesti procura a cirurgia, o que é raro, para tornar-se uma “mulher de verdade”, observa-se, aí, um curioso deslocamento narcísico: o investimento dirigido ao pênis transfere-se para o novo órgão, ao ponto de ostentar uma dimensão claramente competitiva, com forte colorido machista, como, por exemplo, um orgulho declarado quanto à profundidade da neovagina! A identidade sexuada do travesti não deixa dúvida: ela é masculina.

Seria um equívoco, de pesadas consequências, situar as transexualidades no registro da psicose. O argumento segundo o qual a demanda transexual seria um delírio, e que estes sujeitos reivindicam a castração no corpo por não a terem feito simbolicamente é dar à anatomia um lugar determinante na construção do psiquismo. Tampouco o transexual M->H (mulher->homem) não demanda ter o órgão masculino para, desta forma, possuir também o falo.

“Gostaria de saber de alguém que face a alternativa de enlouquecer-se conservando seus atributos masculinos ou a de tornar-se mulher sã de espírito não optaria pela segunda”. (SCHREBER, 1975, p. 151) O delírio de transexualização do Presidente Schreber é exemplar de como a

componente homossexual se manifesta na paranoia. Schreber não se sente em um “corpo errado”: ele simplesmente se transforma em mulher! Seu delírio traduz uma tentativa de lidar com o retorno de moções pulsionais insuportáveis que desorganiza sua “certeza” de ser um homem. Na paranoia, a irrupção do delírio representa a tentativa de manter um mínimo de “coerência” dos investimentos libidinais frente a uma série de fracassos nos processos de recalçamento. O transexual não é psicótico; ele não delira.

Quanto ao mecanismo da recusa (*Verneinung*) que estaria na base da perversão, ele não se manifesta de maneira significativa nos transexuais. Não observamos nestes sujeitos a fixação do gozo em um objeto imaginário, ao invés de centrá-lo na função simbólica que organiza o desejo a partir da castração. Além disso, o mecanismo da recusa, assim como a divisão do ego, estão igualmente presentes em outras organizações psíquicas. (FREUD, 1938, 1975)

Isto posto, é importante lembrar que, assim como heterossexuais e homossexuais, existem transexuais neuróticos, psicóticos e perversos, embora nenhuma construção/tipologia possa designar o transexual em um lugar preciso, preestabelecido, no interior do espaço teórico.

Cada arranjo psíquico deve ser entendido como uma solução tributária de movimentos pulsionais e processos identificatórios que levaram à construção daquela dinâmica psicosssexual particular. Se, como já o dissemos, cada subjetividade é um sintoma, cabe a cada um responder, tal como Édipo frente à esfinge, ao enigma colocado pelo Outro: *che vuoi?* O transexualismo, cuja manifestação nossa época muito contribuiu para responder na realidade à demanda manifesta, constitui uma organização psíquica particular; uma solução encontrada frente aos enigmas pulsionais que lhe foram colocados pela singularidade de sua história.

O sentimento de habitar um corpo estranho que acompanha o/a transexual desde o nascimento, assim como os arranjos pulsionais que fizeram contornar os conflitos internos e, mais tarde, os sociais carregados de preconceito, conferiram-lhe, sem dúvida um funcionamento psíquico particular, mas não patológico. Lembremos que, para Freud (1915, 1987), o aparelho psíquico (*seelischer Apparat*) se constitui como uma defesa contra o excesso do *pathos* – de paixões, de pulsões – que afetam o ser humano desde o nascimento: a dinâmica pulsional do transexual reflete bem os percalços identificatórios com os quais teve que lidar.

O enigma na organização psíquica do transexual é a sua “normalidade”, além de desafiar o senso comum segundo o qual a identidade sexual/sexuada apoia-se na anatomia. Isto nos faz lembrar que a construção da identidade sexual é uma consequência do simbólico, logo, da ordem do significante.

As transexualidades na contemporaneidade

Nas últimas décadas vimos assistindo uma “revolução cultural”: os transexuais têm sido mais ouvidos em suas reivindicações, conquistado respeito e obtido inserções sociais cada vez maiores, o que sugere um reconhecimento social das transexualidades, ainda que tal reconhecimento desperte questões éticas e jurídicas.

Em 10 de setembro de 1997, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução nº 1.482/97 que autorizou, “a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização”.

Esta Resolução deliberava que a cirurgia, que implica a remoção de órgãos sadios, “não constitui crime de mutilação prevista no artigo 139 do Código Penal”. Para o Conselho Federal de Medicina, “o paciente transexual é portador de um desvio psicológico permanente da identidade sexual”, [ou seja, o transexualismo é uma doença] e “a transformação da genitália constitui a etapa mais importante no tratamento do transexualismo”. Ao mesmo tempo, estabelece critérios de diagnóstico para determinar quem pode beneficiar-se da Resolução e estabelece que as cirurgias “só poderão ser praticadas em hospitais universitários ou públicos adequados à pesquisa”. Em 2002 a Resolução 1.652[04] revogou a anterior, acrescentando maiores detalhes para que a cirurgia de transgenitalização e/ou os procedimentos complementares fossem realizados.

Em 2008 o Ministério da Saúde, reconhecendo que a “discriminação é determinante no processo de sofrimento e de adoecimento a que estão sujeitos os transexuais”, baixou uma portaria que garante a realização de cirurgias de mudança de sexo – “o processo cirúrgico transexualizador” – no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Indiscutivelmente tais conquistas devem ser recebidas como grandes avanços nos direitos dos cidadãos, embora não devam ser interpretadas como livre acesso à cirurgia de transgenitalização. O fato de o sujeito reivindicar sua transexualidade não lhe dá, automaticamente, prerrogativas visando à cirurgia.

Como observam Liliana Sampaio e Maria Thereza Coelho (2012, p. 646), é

indispensável uma análise da história de cada sujeito, na intenção de melhor promover um acompanhamento psicológico, cirúrgico e de outras intervenções que se façam necessárias a partir das possibilidades individuais, respeitando o tempo e o interesse de cada um em tais procedimentos.

Ainda que importantes avanços, no sentido de resguardar a dignidade destes sujeitos, como assegurado pelo art. 1º III da Constituição Federal de 1988, tenham sido alcançados, algumas questões jurídicas ainda não foram esclarecidas. Por exemplo, um sujeito que, após a cirurgia, adquire as características do sexo feminino e altera o seu nome, pode legalmente casar-se com um homem? Ela deveria falar a seu cônjuge sobre sua condição anterior? O cônjuge tem o direito de saber para poder optar se quer, ou não, casar-se com um transexual? Não dizer sobre o passado configuraria um ato criminoso? No âmbito trabalhista e previdenciário, a questão é polêmica posto que, para a mulher, o tempo da aposentadoria não é o mesmo. Estes exemplos, aos quais poderíamos acrescentar vários outros, requerem um tempo de reflexão, uma vez que implica não apenas o sujeito interessado, mas a sociedade como um todo.

Entre 9 e 12 de junho de 2010, realizou-se em Havana, Cuba, o I Colóquio Internacional sobre a transexualidade que teve por título *Trans-identidades, gênero e cultura*, com participantes de vários países.⁶ Uma pauta importante no Colóquio, além da discussão sobre as políticas públicas de saúde e inserção social dos sujeitos trans, foi o debate sobre a despatologização, ou a

⁶ Ver <<http://www.legrandsoir.info/1er-Colloque-International-Trans-identites-Genre-et-Culture-a-La-Havane-la-transsexualite-n-est-pas-une-maladie.html>>

não patologização, da transexualidade que, atualmente, aparece como “problema de identidade sexual” nos manuais psiquiátricos.

Em fevereiro de 2010 o Ministério da Saúde Francês retirou o transexualismo da lista das patologias mentais. Em 2012 testemunhamos uma vasta campanha internacional – *Stop Trans Pathologization* – cujo objetivo, como evidenciado pelo nome, foi a militância pela despatologização das identidades trans (travestis, transexuais e transgêneros), assim como a sua retirada dos catálogos das doenças mentais que serão publicados nos próximos anos. Esta campanha teve amplo apoio dos Conselhos Federal e Regionais de Psicologia.⁷

A mais recente aquisição pelo reconhecimento das identidades trans ocorreu em 28 de janeiro de 2013: o Cartão Nacional de Saúde destes sujeitos exibirá o nome social, ao invés do nome de batismo. Com isso, o Ministério da Saúde espera contribuir para a diminuição do estigma, do preconceito, da violência e da discriminação social de que são vítimas estes sujeitos, garantindo-lhes, além disso, o acesso à saúde de forma humanizada.

Reflexões finais

Como nos mostrou Foucault (1984, 1985a, 1985b), cada momento histórico apresenta um “saber” sobre a sexualidade, seja ele ditado pela Igreja, pelo Estado ou pela ciência. Esse “saber” sustenta as inúmeras variações do discurso ideológico que, atreladas à ordem política, determinam quais são os desejos e as práticas sexuais “normais” e as “patológicas”. Com isso, criam-se dispositivos da sexualidade que ditam as regras do uso da libido e dos prazeres do corpo.

Quando procuramos entender de forma mais detida as dinâmicas pulsionais que sustentam as múltiplas expressões da sexualidade humana, somos levados a concluir que os discursos sobre a sexualidade são criações tributárias do momento sócio-histórico da cultura na qual emergem, e que nunca refletem a verdade do sujeito. Sendo os processos identificatórios inseparáveis da organização simbólica da cultura, eles testemunham as inúmeras possibilidades de subjetivação capazes de “humanizar” o bebê humano, desfazendo, assim, a ideia de uma natureza intrínseca e reguladora, e denunciando

[...] um instrumento que por muito tempo serviu para obrigar-nos a aceitar as formas de sociabilidade tradicional marcadas pelo dispositivo de Gênero e pelo discurso de ordem simbólica entendido, ao mesmo tempo, como horizonte intransponível e como realização de uma humanidade manifesta. (BERTINI, 2009, p. 143)

Com as novas modalidades de se entender o sujeito, as reivindicações trans passaram a merecer um interesse particular, com seus consequentes desdobramentos, sobretudo no que diz respeito aos direitos do cidadão. A partir do momento em que a dinâmica psíquica transexual passou a ser ouvida, sem ser teorizada como um desvio em relação às manifestações sexuais socialmente valorizadas, as transexualidades passaram a ser entendidas como uma vicissitude

7 Em: <http://www.crpssp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?print=true&id=365>

pulsional “normal”: aquela que, em sintonia com o mundo interno do sujeito, reapropria e reinventa a polimorfia da sexualidade infantil, em uma relação de objeto.

Referências

- ALBY, J. M. *Contribution à l'étude du transsexualisme*. Paris: Thèse, 1956.
- AULAGNIER, P. *A violência da interpretação*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- BERTINI, M. J. *Ni d'Eve ni d'Adam - Défaire la différence des sexes*. Paris: Max Milo, 2009.
- BOMPARD-PORTE, M. *Le sujet*. Paris: L'Esprit du Temps, 2006.
- CAULDWELL, D. O. Psychopathia transexualis. *Sexology*, v. 16, p. 274-280, 1949.
- CECCARELLI, P. R. Le transsexualisme: quelques réflexions sur les avatars des relations au masculin et au féminin chez le transsexuel. *Topique*, Paris, v. 55, p. 487-502, 1994.
- _____. *La formation du sentiment d'identité sexuelle chez le transsexuel*. 1995. 401 f. Tese (Doutorado em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise) - Universidade de Paris VII, Paris. 1995a.
- _____. Transsexualism: nature or counter-nature?. *Int. Forum of Psychoanalysis*, Stockholm, v. 4, p. 25-33, 1995b.
- _____. Transexualismo e identidade sexuada. In: VIVIANI, A. (Org.). *Temas da Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Experimento, 1998. p. 137-147.
- _____. Transexualismo e caminhos da pulsão. *Revista Reverso*, Minas Gerais, ano 25, n. 50, p. 37-49, 2003.
- _____. Diferenciação sexual/sexuada. *Dicionário Internacional da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2005.
- _____. Freud traído. *Revista Reverso*, Minas Gerais, ano 29, n. 54, p. 43-54, 2007.
- _____. O corpo como estrangeiro. *Ide psicanálise e cultura*, São Paulo, v. 31, n. 47, p. 54-60, 2008.
- _____. Laço social: uma ilusão contra o desamparo. *Revista Reverso*, Minas Gerais, ano 31, n. 58, p. 33-42, set. 2009.
- _____. *Transexualidades*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
- CHILAND, C. Enfance et transsexualisme. *La psychiatrie de l'enfant*, v. 31, n. 2, p. 314-373, 1988.
- CZERMAK, M. Précisions sur la clinique du transsexualisme. In: _____. *Passions de l'objet*. Paris: Clims, 1986.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 6. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985a.
- _____. *História da sexualidade III: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985b.
- FREUD, S. *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (E.S.B., v. 10).
- _____. *Neuroses de transferência: uma síntese*. Rio de Janeiro: Imago, 1987.
- _____. *O ego e o id*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (E.S.B., v. 19).
- _____. *A organização genital infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (E.S.B., v. 19).
- _____. *A divisão do Ego no processo de defesa*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (E.S.B., v. 23).
- GREEN, R. Mythological, Historical, and Cross-Cultural aspects of Transsexualism. In: _____. *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1969. p. 13-22.
- LACAN, J. Le stade du miroir. In: _____. *Écrits*. Paris: Seuil, 1966.
- _____. *O seminário XI, 1964: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- _____. *Le Séminaire XIX, 1971: ...Ou pire*. Paris: Seuil, 2011.
- LIMENTANI, A. The significance of Transsexualism in relation to some basic psychoanalytic Concepts. In: _____. *Between Freud and Klein*. London: Free Association Books, 1989.
- MILLOT, C. *Horsexe: essai sur le transsexualisme*. Paris: Point Hors Ligne, 1983.
- OPPENHEIMER, A. *Le choix du sexe*. Paris: P.U.F., 1980.
- SAFOUAN, M. Contributions à la psychanalyse du transsexualisme. In: _____. *Études sur l'Œdipe*. Paris: Seuil, 1974.
- SAMPAIO, L. L. P.; COELHO, M. T. Á. D. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 42, p. 637-49, jul./set. 2012.
- SCHREBER, D. P. *Mémoires d'un névropathe*. Paris: Seuil, 1975.
- SOCARIDES, C. W. A psychoanalytic study of the desire for sexual transformation ("transsexualism"): the plaster-of-Paris man. *Int. J. Psa*, v. 51, p. 341-349, 1970.
- STOLLER, R. *Recherches sur l'identité sexuelle*. Paris: Gallimard, 1978.

Transexualidade e intersexualidade: trans-inter-seções

Liliana Lopes Pedral Sampaio
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho
Shirley Acioly Monteiro de Lima

Este capítulo busca discutir as aproximações entre a transexualidade e a intersexualidade a partir de pesquisas de campo e da prática clínica com pessoas transexuais e intersexo. Quanto mais nos aprofundamos nesses trabalhos, mais evidente fica que a discussão sobre a transexualidade e a intersexualidade vai além das dimensões médica e biológica e inclui a socialização e o modo como essas pessoas lidam com seu corpo e autoimagem e como são percebidas pelos grupos aos quais pertencem.

Diante das afirmações acima, podemos dizer que tanto a transexualidade como a intersexualidade abrangem fatores que vão desde o biológico até o sociocultural, sendo as diferenças sexuais e de gênero centrais nesta discussão. Quando se fala de sexo, gênero, diferenças sexuais, masculino e feminino, fala-se de conceitos imersos no arcabouço cultural do qual fazemos parte desde o nosso nascimento, e até antes, se pensarmos que somos inseridos em relações familiares e sociais dos grupos pelos quais seremos recebidos. Ao nos apresentarmos ao mundo, estamos ativamente nos relacionando com o meio social através da apresentação de quem somos e da interiorização de quem o mundo percebe que somos.

Chiland (2005, p. 31-32) destaca que “[...] as diferenças sociais entre os sexos, se não deixam de ter alguma relação com as diferenças biológicas, não são delas um decalque, um reflexo ou uma consequência direta; são uma interpretação, uma modificação e uma ampliação [...]”.

Isso leva a crer que tudo o que se refere ao que é masculino e/ou feminino depende de como o grupo social se organiza em torno desses conceitos e como o próprio sujeito lida com eles. A concepção binária dos gêneros se baseia na suposição de características particulares a cada gênero, que devem ser compartilhadas por todos os que pertencem a um determinado gênero. O que foge a esses padrões é tido, muitas vezes, como anormal ou patológico.

[...] no final do século XVIII, o modelo único, o isomorfismo dos órgãos femininos e masculinos, deu lugar a um novo modelo onde prevalecia o dimorfismo radical, a divergência biológica [...]. Por volta de 1800, as diferenças fundamentais entre o homem e a mulher começaram a ser baseadas em distinções biológicas constatáveis. (LIMA, 2007, p. 25)

[...] com uma insistência quase que perversa da compreensão das diferenças sexuais como uma questão de grau, gradações de um tipo básico masculino, houve um clamor para articular distinções corporais exatas [...]. (LAQUEUR, 2001, p. 17)

Para que se afirme o que foge à normalidade e, portanto, deva ser corrigido, a biomedicina e o discurso social comum se baseiam em características biológicas e na concepção binária segundo a qual o corpo masculino implica o pênis e o corpo feminino, a vagina. Algumas vezes podem acontecer desvios desse padrão, como é o caso das pessoas intersexo. O que dizer aos pais quando o aspecto externo dos genitais não permite identificar o “sexo biológico” com precisão? Que a criança não tem sexo? Que nasceu com os dois sexos? É importante salientar que, para as pessoas intersexo, a problemática ligada à sexualidade se apresenta, em grande parte dos casos, no momento do nascimento, pelo exame visual da genitália. Em casos de ambiguidade genital, nesse momento a equipe médica, junto com a família, para garantir uma adequação do corpo ao sistema binário masculino/feminino, decide qual “sexo biológico” será cirurgicamente construído, excluindo a possibilidade de decisão da própria pessoa.

Ainda tendo como referência a concepção binária, para as pessoas transexuais, por sua vez, a problemática se apresenta de outra forma, com o desacordo entre o “sexo biológico” e o gênero a que sente pertencer. Algumas vezes as pessoas transexuais passam boa parte da vida sentindo esse desacordo entre “sexo biológico” e gênero como um desconforto, sem saber nomear ou explicar o que lhes acontece, já que seus corpos são tidos como biologicamente normais. Quando conseguem desvendar e explicar o que ocorre, buscam intervir sobre o corpo de acordo com sua identidade de gênero. No caso das pessoas intersexo, como já dito, na maioria das vezes essa decisão de intervenção quanto ao “sexo biológico” é feita pela equipe médica e pelos pais, sem a participação da pessoa em questão, antes mesmo que ela possa ter desenvolvido uma percepção e sentimento a respeito de si mesmo.

Autores como Athayde (2001), Pinto e Bruns (2003), Murta (2007), dentre outros, revelam que as pessoas transexuais, sentem necessidade de adequar o seu corpo físico à sua autoimagem, atingindo assim, um corpo que esteja em conformação com sua realidade subjetiva. Nos casos de intersexualidade, em que a escolha da construção do genital venha a ser posteriormente considerada como equivocada, temos um desacordo entre os aspectos biológicos

determinantes do sexo masculino ou feminino e o gênero ocasionando uma situação que, em parte, se assemelha à transexualidade. Há, nesses casos, um sentimento de desconforto, de não pertencimento ao “sexo biológico” que lhe foi designado ao nascer. Em outras situações, pode acontecer também que a cirurgia não seja realizada quando criança e que o gênero determinado pelos pais para a criação de seu filho(a) com genitália ambígua seja discordante do gênero a que sente pertencer, como é o caso da pessoa intersexo à qual iremos nos reportar.

Diante das questões apresentadas e considerando que as relações sociais são fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, podemos dizer que, no caso das pessoas intersexo e transexuais, devemos resgatar a discussão sobre os significados atribuídos ao sexo e ao gênero em nossa sociedade. Para além da existência de marcadores da masculinidade e da feminilidade, há que se considerar e rever as formas pelas quais lidamos com tais aspectos, quando eles se expressam por caminhos que se distanciam das vias convencionais, como os casos em que há uma mistura ou combinação entre os dois.

No que diz respeito ao corpo e à formação genital, até sete semanas após a fertilização, o embrião humano é um organismo bissexual com primórdios gonadais e genitais idênticos nos dois sexos. “Ou seja, o sexo genético (XX ou XY) está dado, mas ainda não é possível distinguir macro ou microscopicamente a diferença entre embriões com predestinação masculina ou feminina [...]”. (LIMA, 2007, p. 30)

Conforme descrito nos parágrafos anteriores, um aspecto central e comum à transexualidade e intersexualidade é o papel da construção social do gênero, feita a partir da leitura genital e definição social do que é pertinente à feminilidade e/ou à masculinidade. No caso da transexualidade, o desenvolvimento embrionário se dá “a contento” e temos, ao final de uma gestação, um corpo dito “normal” sob os aspectos biológicos. Na intersexualidade, entretanto,

[...] no processo de desenvolvimento podem ocorrer variações que resultem na formação de um corpo que não siga o estágio de desenvolvimento completo, não podendo ser prontamente classificado como masculino ou feminino. A esse processo de diferenciação incompleto chama-se intersexo ou distúrbio de desenvolvimento do sexo (DDS). (LIMA, 2007, p.30)

Ou seja, falar sobre intersexualidade é falar de um sujeito com um corpo em desacordo com o esperado, quando constatado que suas características biológicas não correspondem a um desenvolvimento “normal” e à apresentação de uma genitália “tipicamente” feminina ou masculina. Essa ocorrência coloca o sujeito em “um ‘não lugar’, um ‘não ser’ feminino ou masculino”. (LIMA, 2007, p. 3) Nesse contexto, a condição de ambiguidade genital gera uma busca por uma solução corretiva, representada, em alguns casos, pela correção cirúrgica. A intervenção cirúrgica sobre esse corpo, que não expressa necessariamente o masculino ou o feminino, pretende subordinar o corpo às exigências sociais e da própria medicina, buscando corrigir o que foge ao que é entendido como normalidade. Para a medicina, enquanto que na intersexualidade o problema está no corpo, em uma forma que “não atendeu” ao que era esperado biologicamente, na transexualidade o problema é classificado como um transtorno mental:

Em 1980, a condição transexual teve seu lugar formalizado na psiquiatria e na medicina, sendo agregada ao manual diagnóstico psiquiátrico DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais). Posteriormente, em 1994, com a publicação do DSM IV, o termo transexualismo, utilizado até então, foi substituído por Transtorno de Identidade de Gênero (TIG), delimitando mais claramente o fato de ser considerado um estado psicológico no qual a identidade de gênero está em desacordo com o sexo biológico. (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009)

Portanto, se por um lado verificamos que a distinção entre “sexo biológico” e gênero, aliada ao desejo de corresponder ao que é esperado em uma cultura, impulsiona as pessoas transexuais na busca de adequação do corpo biológico ao gênero, no caso das pessoas intersexo a decisão sobre a intervenção cirúrgica, na infância, é tomada pelos profissionais da área médica. A busca de adequação do corpo e garantia de um “espaço social” motiva a correção cirúrgica sem, no entanto, considerar a possibilidade de decisão futura pela própria pessoa.

Para as pessoas transexuais, a busca das intervenções cirúrgicas e hormonais, sentidas como necessárias para uma adequação do corpo e minimização do seu sofrimento psíquico e desconforto social, pode colocá-las diante de outra problemática, que é entrar em contato com um sentimento de impotência frente à resistência de profissionais da saúde, que decidirão quem deverá ou poderá sofrer tais intervenções sobre um corpo que nasceu “perfeito”. Em muitos casos, são esses mesmos profissionais que realizam intervenções nos corpos das pessoas intersexo, na época do seu nascimento, baseados no princípio da beneficência. Esse princípio se refere à

[...] obrigação moral de agir em benefício de outros, admitindo-se que muitos atos não são obrigatórios, mas que as exceções, aceitas moralmente, não invalidam a obrigação moral de promover às pessoas benefícios que atendam interesses legítimos e importantes. (VENTURA, 2010, p. 56)

Buscando compreender como essas ideias sobre o corpo e seu lugar social se constroem, encontramos estudos da psicologia e da psicanálise acerca da distinção entre sexo e gênero. Ceccarelli (2008), por exemplo, destaca que, em Freud, a distinção de gênero começa em uma etapa anterior à castração e não leva em conta a anatomia, tendo como base a *distinção pai/mãe*.

[...] A apresentação dos gêneros se faz sem levar em conta o órgão sexual. Isso significa que o que distingue o gênero não é o sexo anatômico, e inversamente o sexo anatômico não garante *a priori*, o gênero [...]. (CECCARELLI, 2008, p. 56)

[...] Trata-se então de dois movimentos distintos que ocorrem em momentos diferentes: um, a distinção dos gêneros; outro, a diferença dos sexos [...]. (CECCARELLI, 1999, p. 8)

No caso das pessoas intersexo, na sua grande maioria, não lhes é dada a possibilidade de conhecer o seu corpo original do nascimento, pois, para aplacar uma angústia social frente a um corpo ambíguo, este é cirurgiado e designado. No caso das pessoas transexuais, a situação é diferente. A transexualidade não pode ser identificada através de um exame físico, como acontece na intersexualidade. Ela não tem uma forma física, visível ou palpável. Não existe um exame médico que possa identificá-la, no nascimento, e classificá-la nas suas variações, como ocorre nos casos categorizados como intersexualidade. A transexualidade é uma questão, sobretudo, psíquica, subjetiva, que parte da própria pessoa ao se afirmar como alguém que não reconhece o seu corpo “perfeito” como tal, pois, se esse corpo não está de acordo com o que a própria pessoa sente e espera, ele não pode ser reconhecido como adequado. Bento (2006) sugere que as explicações para a emergência da experiência transexual devem ser buscadas nas articulações históricas e sociais que produzem os corpos sexuais e que têm, na heterossexualidade, a matriz que confere inteligibilidade aos gêneros. Segundo essa autora, a pessoa transexual exibe uma “pluralidade de conflitos entre corpo, sexualidade e identidade de gênero, internos à experiência transexual”. (BENTO, 2006)

O corpo da pessoa transexual é, portanto, um corpo reconhecido pela medicina como normal. Essas pessoas têm, então, que empreender uma intensa e longa luta pela conquista das intervenções sobre seus corpos, para poder existir em um corpo que proporcione conforto, de maneira que este corresponda, minimamente, ao que sentem ser. O corpo se torna, dia após dia, um emblema de batalha, um local de estranhamento. Inúmeras possibilidades são pensadas, montadas e remontadas na tentativa de sobreviver com um corpo que não é sentido como adequado. Há uma longa espera enquanto se convive com um corpo funcional e biologicamente perfeito, aos olhos da medicina, mas que, ao mesmo tempo, para as pessoas transexuais, é um corpo que as exclui, que as incomoda e lhes causa intenso sofrimento, até que consigam realizar as intervenções desejadas para obter uma aparência mais conforme ao gênero em que se reconhecem. Existe aí a reivindicação de um corpo de acordo com a vida psíquica. Na intersexualidade, por sua vez, é feita uma construção corporal esperando que, ao longo da vida, ocorra uma confirmação do gênero na mesma direção do corpo “corrigido” pela medicina após o nascimento. Não existe um desacordo *a priori*, podendo isso vir a existir, ou não, ao longo do desenvolvimento, como consequência, caso o sentimento de identidade não acompanhe o corpo que foi construído com o aval da medicina.

Segundo Cabral e Benzur (2005, p. 283-284, tradução nossa), a variação é um conceito chave para a compreensão da intersexualidade. Na perspectiva dele, quando dizemos intersexualidade,

[...] nos referimos a todas aquelas situações nas quais o corpo sexuado de um indivíduo varia sobre o *standard* de corporalidade feminina ou masculina culturalmente vigente. De que variações falamos? Sem ânimo de exaustividade, daquelas que envolvem mosaicos cromossômicos (XXY, XXO), configurações e localizações particulares das gônadas – (a coexistência de tecido testicular e ovariano, testículos que não desceram) – como dos genitais (por exemplo, quando o tamanho do pênis é ‘demasiado’ pequeno e quando o clitóris é ‘demasiado’ grande

de acordo com esse mesmo *standard* que antes falava, quando o final da uretra está deslocado da ponta do pênis em um de seus lados ou na base do mesmo, ou quando a vagina está ausente...). Portanto, quando falamos de intersexualidade não nos referimos a um corpo em particular, senão a um conjunto muito amplo de corporalidades possíveis, cuja variação sobre a masculinidade e a feminilidade corporalmente ‘típicas’ vem dada por um modo cultural, biomedicamente específico, de olhar e medir os corpos humanos.¹

De acordo com Lima (2007), conforme a resolução nº 1.664, de 12 de maio de 2003 (*Diário Oficial da União* nº 90, 13/5/2003, Seção 1, p. 101/102),

que dispõe sobre as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual, devem ter assegurada uma conduta de investigação precoce com vistas a uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil. (Art 2º). O mesmo documento, em seu anexo – *Exposição de motivos* – afirma que “há quem advogue a causa da não intervenção até que a pessoa possa autodefinir-se sexualmente. Entretanto, não existem a longo prazo estudos sobre as repercussões individuais, sociais, legais, afetivas e até mesmo sexuais de uma pessoa que enquanto não se definiu sexualmente viveu anos sem um sexo estabelecido”. Afirma também que, apesar dos dois extremos (cirurgia emergencial e cirurgia tardia, em crianças mais velhas ou adolescentes), deve-se realizar uma investigação criteriosa, por uma equipe multidisciplinar, para minimizar insatisfações e que o objetivo da intervenção é “obter uma definição racional sobre o sexo de criação mais recomendável”. (LIMA, 2007, p. 32-33)

É recomendado que as pessoas intersexo sejam acompanhadas por equipes multidisciplinares para que possam decidir pelas intervenções cirúrgicas e tratamentos como os hormonais. O acompanhamento médico e psicológico de uma pessoa intersexo pode fazer com que o processo de definição sexual aconteça conforme cada caso individual, podendo a equipe médica, em alguns casos de diagnóstico ou tratamento tardio, considerar, inclusive, o sexo de criação para a correção cirúrgica, mesmo que “isso não constitua a melhor opção do ponto de vista técnico”. (GUERRA; MACIEL-GUERRA, 2002, p. 223) Pode ainda ocorrer que a equipe médica forneça um laudo profissional nos casos em que a pessoa opta por mudança de nome e registro civil, apesar da impossibilidade de construção da genitália compatível com o sexo escolhido.

¹ [...] nos referimos a todas aquellas situaciones en las que el *cuero sexuado* de un individuo *varia respecto al standard* de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente. De que tipo de *variaciones* hablamos? Sin ánimo de exhasutividade, a aquellas que involucran mosaicos cromosómicos (XXY, XXo), configuraciones y localizaciones particulares de las gónadas – (la coexistencia de tejido testicular y ovárico, testículos no descendidos) como de los genitales (por ejemplo, cuando el tamaño del pene es “demasiado” pequeño y cuando el clitóris es “demasiado” grande de acuerdo a ese mismo *standard* del que antes hablaba, cuando el final de la uretra está desplazado de la punta del pene a uno de sus costados o a la base del mismo, o cuando la vagina está ausente...). Por lo tanto, cuando hablamos de intersexualidad no nos referimos a un cuerpo en particular, sino a un conjunto muy amplio de corporalidades posibles, cuya variación respecto de la masculinidad y la femineidad corporalmente “típicas” viene dada por un modo cultural, biomédicamente específico, de mirar y medir cuerpos humanos.

Não existe uma única forma de existência da intersexualidade, como também não existe um transexual verdadeiro ou uma única forma de ser transexual, uma única forma de ser homem ou mulher, em qualquer condição, mesmo que seja uma condição entendida como normal pela medicina ou pela sociedade. Mais especificamente para as pessoas transexuais, desde a infância, e mais acentuadamente a partir da adolescência, o corpo “biologicamente perfeito” leva a uma acentuação do sofrimento e da exclusão social, quando os caracteres que surgem devido à produção hormonal revelam o que é sentido como indesejado. A declaração abaixo de um homem transexual reforça tais afirmações:

A infância e adolescência que deveriam ser as fases mais lúdicas, de maiores descobertas, pra gente as descobertas sempre trazem um conteúdo negativo porque você descobre uma coisa: você descobre o que você é, mas aquilo é um desencontro com o que esperam de você; então você acaba sofrendo muito. Na adolescência quando o teu corpo começa a desenvolver caracteres secundários, além de ser um choque interno e você dizer putz!!! Por que isso tá acontecendo? Eu não quero isso. As pessoas começam a perceber e aí começam a questionar. (SAMPAIO; COELHO, 2012, p. 343)

Por tudo isso, os contextos familiares e sociais das pessoas transexuais e intersexo, nos casos em que o corpo biológico construído não corresponde ao gênero, aparecem assinalados por conflitos resultantes da não aceitação e não entendimento por parte dos pais, da sociedade e das próprias pessoas que, algumas vezes, levam um bom tempo para compreender o que lhes ocorre. A fala seguinte de uma mulher transexual deixa claro isso: “Quando eu descobri que existia a transexualidade eu disse: eu acho que é aqui que eu me encaixo [...] e a cada dia que passava eu tinha mais certeza”. Ela explica que a transexualidade “é você descobrir que você não é do gênero que te colocaram”:

No meu caso me fizeram acreditar que eu era um homem porque eu nasci com um genital masculino. Ser transexual é ter a convicção de que você pertence a um gênero, mas você olha e vê que tem um biológico que não combina, não condiz com o gênero que você tem. Então, durante muito tempo você passa por muita coisa para acertar isso. É uma busca por você, uma descoberta do gênero. Não é apenas dizer eu sou mulher e pronto. É uma descoberta a cada dia como uma mulher, ela sempre se descobre. Sonhos, medos, tristezas que uma mulher tem. A gente vai descobrindo a cada dia além de todos os problemas por não ter nascido com o biológico feminino. Nesse estágio você começa a descobrir a realidade de uma mulher e isso faz parte dessa construção do gênero. O gênero está em construção, a cada dia eu me construo mais mulher. É isso.

Segundo Leite Júnior (2011, p. 128),

[...] se são as normas de gênero que especificam e limitam a feminilidade, a masculinidade e mesmo o que podemos compreender como macho ou fêmea, homem ou mulher, não existem normas de gênero que sejam separadas de uma estética de gênero. Mais do que um “verdadeiro” sexo cromossômico, gonadal, hormonal, endócrino, psíquico ou jurídico, são as roupas, cabelos, adereços corporais, jeitos e trejeitos que, cotidianamente, expressam as normas de gênero e definem, à primeira vista, quem é “Homem” ou “Mulher” e o quanto o “masculino” e/ou “feminino” desta pessoa está de acordo com o esperado de seu gênero performativizado.

Em relação à intersexualidade, se a pessoa que nasceu com a condição intersexual fez a cirurgia após o nascimento e se vê de acordo com o sexo designado, e performa adequadamente o gênero a ele relacionado, muito provavelmente não enfrentará alguns problemas de socialização vivenciados pela pessoa transexual. Entretanto, não há garantias de que a designação sexual realizada pela equipe médica, na época do nascimento, seja consonante com a construção do gênero que se dará ao longo da vida. Essa é influenciada diretamente pelas escolhas feitas na interação com o meio social, a partir de um sentimento de existir enquanto homem ou mulher/masculino ou feminino, considerando como referencial o binarismo de gênero.

Sabemos que a biologia não garante a concordância entre “sexo biológico” e gênero, que é justamente o desacordo que verificamos na transexualidade. Caso o sujeito intersexo, durante sua vida, decida pela “troca do sexo” por se identificar com o gênero oposto ao sexo que lhe foi determinado pela medicina, estaremos diante de quê? O sujeito foi conduzido por essa ação médica a uma transexualidade precedida de uma intersexualidade? O sentimento em oposição ao próprio corpo teria uma justificativa médica biológica, enquanto que, para as pessoas transexuais, ele seria médico-psiquiátrico, estando ambos circunscritos à esfera médica patologizante? Nos casos de intersexualidade, a responsabilidade estaria no outro, no médico que fez a escolha “equivocada”, e não na psique do sujeito, que não conseguiu se adequar ao corpo biológico construído?

Os trabalhos em campo têm revelado que, tanto para as pessoas transexuais como para as pessoas intersexo, a saída do convívio exclusivamente familiar trouxe desafios e aumentou, gradativamente, seus questionamentos sobre o corpo. A depender de como a situação se desenvolva, a pessoa intersexo pode, então, passar pelas mesmas dificuldades que a pessoa transexual nos ambientes social, escolar e laboral. Com relação ao grupo familiar, o conhecimento adquirido pelos pais a partir das informações fornecidas pela equipe multidisciplinar facilitará não somente a compreensão, como também a convivência, que tenderá a ser mais tranquila do que nos casos em que esse entendimento é mais tardio. Existem, porém, alguns pontos de divergência entre essas duas situações, pois, quando falamos de intersexualidade, a questão fica colocada no âmbito do corpo que não alcançou um desenvolvimento “normal”, enquanto que a transexualidade é entendida como uma patologia da identidade de gênero,² que muitas vezes

2 [...] O discurso atual sobre o transexualismo na sexologia, na psiquiatria e em parte na psicanálise faz dessa experiência uma patologia – um ‘transtorno de identidade’ – dada a não-conformidade entre sexo biológico e gênero. Nota-se que o que define o diagnóstico de transexualismo é uma concepção normativa dos sistemas de sexo-gê-

dificulta que os pais aceitem ou mesmo compreendam e acolham o que ocorre, sem a tentativa de reverter. Isso faz com que as pessoas transexuais passem por inúmeras situações de isolamento e sofrimento. Um homem transexual revela, por exemplo, que, aos treze anos de idade, fazia uso forçado de medicamentos psiquiátricos, sofrendo tentativas de internações na tentativa de feminilizá-lo. Nomeou essas ações de “dispositivo de normatização”, que busca a adequação do comportamento ao gênero socialmente esperado, à custa de um profundo sofrimento:

[...] na época eu não sabia que existia a nomenclatura transexual, mas eu já era. Eu sabia que eu era um menino. Queriam que eu deixasse meu cabelo crescer e eu colava chicletes no cabelo pra forçar cortar, isso era extremamente tenso porque eu não cedia; eu contrariava as expectativas [...]. (SAMPAIO; COELHO, 2012, p. 338)

As palavras acima remetem ao processo de atribuição do sexo ao recém-nascido, que dá início à formação da “identidade de gênero”, como

[...] o resultado do desenvolvimento do masculino e do feminino em cada um de nós. Por tratar-se de um processo extremamente complexo, a formação da identidade de gênero está sujeita a percalços diversos. Por exemplo, um sujeito que sabe ser homem (núcleo de identidade de gênero), pode sentir-se feminino; da mesma forma, uma mulher pode sentir-se masculina. Se, por um lado, a “solidez” das identificações secundárias da masculinidade e da feminilidade pode ser abalada devido a inúmeras circunstâncias, por outro, o sentimento de ser homem ou mulher (o núcleo da identidade de gênero), uma vez estabelecido, permanece imutável ao longo da vida do sujeito. (CECCARELLI, 2008, p. 53-54)

No ambiente escolar, as situações antes vividas no seio familiar tornam-se públicas e as diferenças começam a ser cruelmente apontadas, tornando a escola um ambiente hostil, promotor de violências, pelo despreparo e desconhecimento da sociedade e dos educadores. Podemos observar, através das falas abaixo de duas pessoas com relação ao ambiente escolar – uma intersexo e outra transexual –, o quanto elas estão recheadas de sofrimento e desconforto. Essas falas demonstram o quanto a intersexualidade, no caso de uma pessoa que foi criada em desacordo com o seu gênero,³ pode se assemelhar às situações vivenciadas pelas pessoas transexuais:

nero, fundamentados numa matriz binária heterossexual que se converte em sistema regulador da sexualidade e da subjetividade. Assim, por contrariar a coerência essencial entre sexo biológico e gênero, não se encaixando em nenhum dos modelos propostos de identidade sexual em conformidade com as práticas discursivas do século XIX, observamos que restou exclusivamente à transexualidade ocupar o espaço que foi aberto pela psiquiatrização da homossexualidade: o de uma patologia da identidade sexual [...]. (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2007, p. 1142-1143)

3 Apesar de apresentar-se como homem, Bahia foi uma pessoa diagnosticada como pseudo-hermafrodita masculino devido à deficiência da enzima 5-alfa redutase. Ou seja, uma pessoa com sexo genético masculino, que apresentou ambiguidade da genitália externa ao nascimento, foi registrada e socializada como menina e virilizou na puberdade. Sua cirurgia de correção genital aconteceu aos 23 anos de idade, por decisão dele.

[...] eu falava, tem alguma coisa errada. Se o meu nome é esse, tem alguma coisa errada comigo! [...] Teve uma vez que ela (professora) ligou em casa e disse que ia vir me buscar se eu não fosse para a escola. Eu tinha medo de ser rejeitado pela outras crianças. O tamanho, o jeito, né? Nossa! Parecia um menininho, cabelo curto. [...] Na escola me chamavam de Maria Homem [...]. (um homem intersexo) (LIMA, 2007, p. 60-88)

[...] na escola que era mais chato, eu nunca gostei de responder chamada, eu sempre dizia: Pô!!! Por que isso? Por que esse nome feio? Eu sempre me referi ao meu nome civil como um nome feio. [...] Só muito tempo depois de reconhecer o processo da transexualidade que eu fui me tocar onde estava o problema, porque qualquer pessoa adora ouvir o seu nome, seu nome é o seu referencial, ele representa você e meu nome não me representava, por isso que eu sempre quis mais apelido [...]. (um homem transexual) (SAMPAIO; COELHO, 2012, p. 343)

Segundo Lima (2007), naquele momento o homem intersexo acima viveu o drama de ser uma menina que se parecia com um menino. Era uma menina desengonçada, que não gostava dos brinquedos e brincadeiras que atraíam as outras meninas. Sobre esse aspecto, uma mulher transexual conta que, quando foi para o ensino colegial, conheceu um menino que lhe falava assim:

[...] você anda de um jeito estranho, você tem um jeito muito empinado. Aí eu comecei a olhar no espelho e me treinar a não ser daquele jeito. A olhar como os meninos se comportavam, comecei a treinar a minha voz. Eu tinha medo do ridículo, então eu perdi esse comportamento afeminado que eu tinha e tentei ser um homem, com 15, 16 anos. (SAMPAIO; COELHO, 2012, p. 342)

Outra mulher transexual relata situações e cenas que configuram diversas formas de agressão física e moral. Conta que sofria muito preconceito na escola e que, quando chegava em casa, isolava-se no seu quarto com brinquedos. Até os 19 anos, sentia-se deprimida e procurava manter pouco contato com as pessoas, sofrendo vários tipos de *bullying*:

[...] Eu era execrada da porta do colégio até o ponto de ônibus porque os ônibus paravam e me xingavam. Isso eu tinha 15, 16 anos e foi horrível [...] eu sofri toda essa discriminação [...] em muitos momentos eu estava sentada sozinha e chegava alguém pra me ofender gratuitamente, ofender a minha mãe. (SAMPAIO; COELHO, 2012, p. 340)

Quanto à troca de documentação para adequação do nome de registro, as pessoas transexuais e intersexo passam por uma série de dificuldades. Segundo o caso relatado por Lima (2007), sobre uma pessoa intersexo cuja família desejava ter uma menina e a pessoa em questão se identifica com o gênero masculino, encontramos a seguinte situação: “Eu fui crescendo e

minha mãe colocava laço em mim, brinco. [...] Ela que colocou na minha cabeça que ia demorar a mudar os documentos, era melhor em certa parte eu ficar como Bahiana mesmo”. (LIMA, 2007, p. 64)

As pessoas transexuais afirmam que a adequação do nome no registro e a alteração promovida pelos tratamentos hormonais e intervenções cirúrgicas são sentidas como de extrema importância para a minimização do desacordo entre sexo e gênero, afirmando também que a adequação da voz e do nome torna alguns outros aspectos da vida social bem mais fáceis, como, por exemplo, pedir indicação de onde é o banheiro e falar ao telefone. O mesmo fica claro na fala da pessoa intersexo que experiencia essa mesma situação de desacordo:

E eu vou falar uma coisa pra você. Desde que eu comecei a estudar na escola eu nunca usei o banheiro da escola. [...] Até os professores perguntavam pra minha mãe: ‘o que que a sua filha tem que não vai ao banheiro da escola?’ E minha mãe não sabia o que responder, ela ficava sem jeito. Aí eu nunca usei. [...] Teve uma vez que eu estava na escola e eu nunca fui de usar o banheiro da escola. Aí os meninos puxaram meu braço para eu usar o banheiro das meninas. Aí eu falei assim ‘eu não vou entrar, não vou entrar porque você não me vê entrando no banheiro de ninguém. Por que é que você quer me forçar?’ Ele falou assim ‘você vai entrar sim’. Aí ele me puxou pelo braço e todo mundo falava ‘pra que isso? Solta!’ Porque meu apelido na época era Bahianinha, ‘solta a Bahianinha’. Aí eu falei assim ‘você não vai me soltar?’ Naquela época eu era uma criança ainda e aquilo, assim, foi um momento que me marcou, porque eu não tava com vontade de, não tinha vontade e a pessoa me forçando na frente de todo mundo. Eu fiquei muito constrangido, meu Deus. E recuperar aquilo ali demorou. Porque toda vez que olhavam pra mim, aí começaram a me zoar na escola. (LIMA, 2007, p. 68)

Fica evidente a frustração e isolamento que norteiam as declarações das pessoas transexuais e intersexo que vivenciam o desacordo entre sexo e gênero. O processo transexualizador é, em geral, sentido como necessário por todas as pessoas transexuais, sendo apontado como um processo de grandes dificuldades, em que, mesmo tendo realizado as cirurgias e a hormonioterapia, não se está livre do preconceito e discriminação social. Algumas pessoas transexuais não desejam realizar todas as etapas desse processo; em alguns casos, desejam apenas o tratamento hormonal e a alteração do registro. Essa decisão pode se dar devido a questões como recursos financeiros, situações sociais, familiares e crenças pessoais. Percebemos que o direito ao próprio corpo, assim como a alteração na documentação, são pontos centrais na discussão sobre esses dois temas.

As declarações de Lima (2007) concordam com os relatos das pessoas transexuais, quando a autora diz:

[...] é a possibilidade de viver uma vida que merece ser vivida a partir do momento em que o indivíduo pode afirmar “Eu” de si mesmo e pode ser reconhecido como um outro que não se reduz a qualquer

personagem, mas sim, que é a expressão de uma pluralidade. Bahia representa a expressão de uma identidade pós-convencional na medida em que passou a atribuir às suas vivências um sentido de auto-determinação [...]. (LIMA, 2007, p. 97-98)

Assim como as pessoas intersexo, também as pessoas transexuais têm suas identidades confrontadas com exigências e expectativas sociais que as colocam em contradição ao que é tido como normal. As intervenções cirúrgicas devem ser consequência de uma decisão pessoal. “Em situações de sofrimento e desconforto que envolvem questões ligadas à saúde física e psíquica, é importante que a pessoa seja capaz de explicar ao outro o que sente e se deseja obter ajuda. Tal elaboração não é apenas individual, mas está ligada à dimensão social e à cultura”. (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 69)

A mudança do corpo da pessoa intersexo, referida neste texto, veio ao encontro de suas intenções, iniciativas e pretensões, pois ele passou a se reconhecer em seu corpo vivo e tem a consciência de que é através deste corpo que sua existência se encarna. O mesmo se pode afirmar com relação aos sentimentos e demandas das pessoas transexuais. O conhecimento acerca das trajetórias de vida dessas pessoas pode possibilitar uma maior compreensão e clarificação dos aspectos intrínsecos à condição das pessoas transexuais e intersexo, contribuindo para a minimização do estranhamento e preconceito social que as cercam. Para melhor compreender as diversas realidades expressas no âmbito da sexualidade, é preciso estar atento ao contexto histórico-social, já que os atributos classificatórios de homens e mulheres dependem de uma construção. A masculinidade e a feminilidade podem ocorrer dentro de um amplo espectro de combinações, que variam de pessoa a pessoa.

Referências

- ADAM, P.; HERZLICH, C. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru, SP: EDUSC, 2001. 144p.
- ARÁN, Márcia; MURTA, D Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, ago. 2009.
- ATHAYDE, A. V. L. Transexualismo masculino. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, v. 45, n. 4, p. 407-414, 2001.
- BENTO, Berenice. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006. 256 p.
- BERGER, L. P., LUCKMANN, T. *Modernidade, pluralismo e crise de sentido: a orientação do homem moderno*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- CABRAL, M.; BENZUR, G. Cuando digo intersex: un diálogo introductorio a la Intersexualidad. *Cadernos Pagu*, n. 24, p. 283-304, jan./jun. 2005.
- CECCARELLI, Paulo Roberto (Org.). *Diferenças sexuais*. São Paulo: Escuta, 1999. 172 p.
- _____. *Transexualismo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. 178 p.

- CHILAND, Colette. *O sexo conduz o mundo*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005. 163 p.
- GUERRA, G., MACIEL-GUERRA, A. T. *Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo*. São Paulo, Editora Manole Ltda., 2002.
- LAQUEUR, T. W. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Tradução de Vera Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LEITE JR., Jorge. “*Nossos corpos também mudam*”: a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no Discurso Científico. São Paulo: Anablume, 2011. 238p.
- LIMA, Shirley A. M. *Intersexo e identidade: história de um corpo reconstruído*. 2007. 109 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2007.
- MURTA, D. *A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero sobre as práticas de saúde*. 2007. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- PINTO, Maria Jaqueline Coelho; BRUNS, Maria Alves de Toledo. *Vivência transexual: o corpo desvela seu drama*. Rio de Janeiro: Átomo, 2003.
- SAMPAIO, L. L. P.; COELHO, M. T. A. D. Quando o estranhamento se traduz em preconceito: trajetórias de vida de pessoas transexuais. In: VIEIRA, T. R. (Org.). *Minorias sexuais: direitos e preconceitos*. Brasília – DF: Consulex, 2012. p. 341-351.
- VENTURA, Miriam. *A transexualidade no tribunal: saúde e cidadania*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2010.

Transexualidade e travestilidade: conjunções e disjunções¹

Ailton Santos

Reflexões iniciais

Discutir sobre questões identitárias é correr sempre o risco de limitar ou reduzir o potencial das expressões de gênero ao que já nos é conhecido. Aqui o esforço será aquele de, a partir de diversas leituras e vivências com pessoas de diferentes identidades de gênero, traçar algumas reflexões teóricas sobre características que são associadas às pessoas travestis e transexuais.

Antes de tudo, faz-se necessário destacar que, enquanto a transexualidade apresenta pessoas que vivem no masculino e feminino, até o presente momento, a travestilidade, como nós brasileiros a conhecemos, tem se apresentado em forma feminina². A dificuldade de encontrar bibliografia sobre “os travestis”, ou seja, pessoas que nasceram com o sexo biológico feminino, mas que vivem “como se fossem” homens, me impossibilitou de desenvolver uma análise comparativa com “as travestis”, uma vez que seriam essas pessoas que ofereceriam o contraponto necessário à análise.

1 Este texto é fruto de uma tentativa de problematizar os limites e efeitos engessados das classificações identitárias hetero-referidas.

2 Mulheres cis que vivem em papéis masculinos têm sido pensadas como mulheres masculinizadas. Essas mulheres não assumem uma identidade de gênero masculina, não usam nome social masculino e, até onde foi pesquisado, não pretendem fazer cirurgia de adequação genital; elas reivindicam o reconhecimento do seu gênero feminino, ainda que o expresse em aspectos que são associados ao masculino na sociedade brasileira. O termo Cisgênero foi cunhado para se referir às pessoas que estão em conformidade com o corpo, genitália e gênero; seu par oposto é o termo Transgênero.

Isto posto, poderemos refletir sobre aquilo que é comum e diferente na constituição da identidade de travestis e transexuais: a descoberta da diferença na relação corpo, genitália e gênero; os itinerários percorridos para se constituir como uma pessoa trans e como estas pessoas são compreendidas e descritas nos diferentes campos do saber científico, nas diversas tradições teóricas existentes na atualidade e também no universo empírico.

Aqui adoto a concepção de científico como aquilo que é constituído dos diferentes saberes produzidos por disciplinas que se voltam a descrever, explicar e discutir os diversos elementos, fenômenos e situações que estão presentes na realidade social. Cabe ressaltar que o movimento social também elabora categorias identitárias que não somente são utilizadas para localizar os sujeitos no interior desse movimento, como também dar lugar ao potencial político que essas identidades contêm na luta pelos direitos da população trans. (CARVALHO, 2011)

O presente artigo está estruturado em algumas sessões que procuram articular as principais discussões que envolvem a temática aqui desenvolvida, são elas: gênero e transidentidades, o limite das categorias identitárias, transmasculinidade: o que sabemos sobre isso; semelhanças e diferenciações entre travestis e mulheres transexuais na literatura contemporânea e quem precisa de transidentidades.

Gênero, identidade e transidentidades

O conceito de gênero trouxe novo fôlego aos estudos sobre sexualidades ao apontar os limites impostos pela abordagem biomédica e essencialista das diferenças entre homens e mulheres. A possibilidade de pensar “a certeza interna de quem somos” para além da anatomia e genitália do corpo proporcionou a reflexão sobre como as identidades sexuais e de gênero são gestadas e sua relação com as normas comportamentais previstas para cada corpo sexuado.

Para Louro (2008, p. 22), uma forma de compreender as diferenças entre os sexos e os gêneros seria “recolocar o debate no campo do social, pois é nele que se constroem e se reproduzem as relações (desiguais) entre os sujeitos”. Os teóricos pós-estruturalistas se opõem à perspectiva binarista de se entender e explicar as relações de gênero, e Louro adverte que

Mulheres e homens que vivem feminilidades e masculinidades de formas diversas das hegemônicas e que, portanto, muitas vezes não são representados/as ou reconhecidos/as como “verdadeiras/verdadeiros” mulheres e homens, fazem críticas a esta estrita e estreita concepção binária. (LOURO, 2008, p. 34)

Silva (2000) discute o gênero partindo do conceito de identidade e, tal como Louro (2008), aposta nas teorias Pós-Estruturalista e Queer como formas de analisar e entender como essas diferenças são construídas. Para Silva (2000, p. 83),

as relações de identidade e diferença ordenam-se, todas, em torno de oposições binárias: masculino/feminino, branco/negro, heterossexual/homossexual. Questionar a identidade e a diferença como relações de

poder significa problematizar os binarismos em torno dos quais elas se organizam.

O projeto da teoria Queer, então, seria implodir esses binarismos mostrando que cada polo contém o seu oposto que lhe dá contornos e significados. O autor avança refletindo sobre o processo de *normalização das identidades* e afirma que a normalização é um dos processos sutis pelos quais o poder se manifesta no campo da identidade e da diferença. Em sua análise,

Normalizar significa eleger – arbitrariamente – uma identidade específica como parâmetro em relação ao qual as outras identidades são avaliadas e hierarquizadas. Normalizar significa atribuir à essa identidade todas as características positivas possíveis, em relação às quais as outras identidades só podem ser avaliadas de forma negativa. (SILVA, 2000, p. 83)

Silva (2000) afirma que a tentativa de fixar identidades sexuais e de gênero é um esforço presente na sociedade contemporânea e utiliza a figura dos sujeitos que “cruzam fronteiras” ou “vivem na fronteira” para demonstrar o caráter fabricado das identidades fixas, constatando que tais identidades são recursos artificiais que tentam aprisionar os indivíduos aos padrões identitário e de gênero vigentes.

Travestis e transexuais são sujeitos que subvertem as normas identitárias sexuais e de gênero vigentes e, de formas diferenciadas, são trazidos para as normas: transexuais via processo de patologização, tendo o recurso hormo-cirúrgico como tecnologia de controle e medicalização do corpo, ou, no caso das travestis, lançados na arena social via processo de estigmatização cuja solução – aceitação social – dependerá de uma mudança nos sistemas de sexo-gênero hegemônicos.

O limite das categorias identitárias

O reconhecimento das limitações e das reduções ou esvaziamentos da subjetividade que as tentativas de conceituar, classificar ou padronizar as identidades de gênero produzem já é algo presente nos estudos sobre gênero e sexualidade. Pelúcio (2009) assume essa dificuldade em seu estudo com as travestis de São Carlos, ao identificar no trabalho de campo o uso de diversas nomenclaturas pelas pessoas que entrevistou; fato que a levou a adotar o conceito de *travestilidades* por “considerar que ele alarga aspectos de categorização identitária do termo ‘travesti’ que pode ser bastante simplificador quando busca contemplar a gama de possibilidades dessa experiência”. (PELÚCIO, 2009, p. 27)

A autora ressalta a presença de rigidez e fluidez na gramática de gênero que suas colaboradoras utilizavam nas categorias êmicas³ autoclassificatórias para se referirem a si mesmas

3 Segundo Roazzi (1987, p. 37), o termo êmico é usado para descrever o sistema de referência das formas e objetos que são utilizados em uma tradição cultural específica. A abordagem êmica procura examinar os princípios nativos de conceituação e classificação de dentro de cada sistema cultural. (XIA, 2011)

e às outras. Damásio (2011) também refere ter encontrado dificuldade de utilizar as categorias existentes para analisar as experiências de travestis e transexuais. Segundo ela (p. 213), na sua investigação,

os sujeitos pesquisados surgiam como capazes de revelar a ineficácia das nossas taxionomias, na medida em que a feminilidade inscrita nesses corpos anatomicamente masculinos não se reduz aos caracteres sexuais, mas a um conjunto de atributos de comportamento (re)avaliados, (re)negociados e (re)arranjados.

Mas como superar essa dificuldade e situar discursivamente os sujeitos investigados de forma que possamos nomeá-los, mesmo que, fazendo isso, acabemos por calar tantas outras identidades que portamos? Louro (1999, p. 16) tem consciência desse desafio quando nos adverte que, “ao classificar os sujeitos, toda sociedade estabelece divisões e atribui rótulos que pretendem fixar as identidades. Ela defini, separa e, de formas sutis ou violentas, também distingue e discrimina”.

Porém o campo científico necessita de uma categorização, uma nomenclatura, para que o sujeito exista e possa ser problematizado. O gênero e o sexo são possibilidades classificatórias indispensáveis para que o sujeito se torne humano e inteligível dentro da cultura sexual e de gênero da sociedade contemporânea. Butler (1999) também confirma essa necessidade do campo conceitual-científico, quando reflete sobre a inteligibilidade do corpo. Na reflexão de Butler (1999, p. 161), “a nomeação é, ao mesmo tempo, o estabelecimento de uma fronteira e também a inculcação repetida de uma norma”. Então, se a norma precisa ser repetida para que os sujeitos nomeados a ela se adequem, percebe-se que os sujeitos a ela não se sujeitam e que a norma não consegue capturar a multiplicidade de formas de existir e viver o gênero e a sexualidade.

Transmasculinidade, o que sabemos sobre isso?

Iniciaremos a reflexão sobre as conjunções e disjunções entre travestis e transexuais pelos homens transexuais, por compreender que a visibilidade desses sujeitos é quase nula, não somente no campo político-social, como – no Brasil – na produção do campo científico. Então, mesmo com as lacunas imensas na produção literária brasileira, iremos traçar alguns pontos conceituais sobre a categorização dos sujeitos que nascem em corpo com genitália de fêmeas humanas e vivem no gênero e *ethos* considerados masculinos.

Almeida (2012) não chega a elaborar um conceito fechado, mesmo que apenas didático, sobre os sujeitos que nascem com genitália e corpo de mulher, mas vivem a sua existência social e de gênero no masculino. Agrupando as diferentes características dos grupos que ele analisou, podemos montar – apenas para efeito de ilustração – um conceito “fabricado”, como tantos outros, que define os homens transexuais, ou trans-homens, como pessoas que nascem com genitália feminina, mas assumem uma identidade de gênero masculina, adotam nomes masculinos e remodelam seu corpo para dar inteligibilidade ao seu gênero, apesar de existir alguns sujeitos que não fazem o caminho da remodelação corporal e se sentem homens do mesmo jeito.

Almeida nesse momento não tem o objetivo de realizar a discussão sobre “sentir-se” em/ ou “assumir-se” em uma identidade, questão que vem sendo pensada no movimento LGBT brasileiro na perspectiva política do *coming out*, ou seja, “sair do armário” e assumir politicamente uma identidade de gênero ou sexual que é usada como frente de embate na luta pelos direitos humanos e sociais básicos. (SILVA FILHO; RODRIGUES, 2012) Um exemplo disso são as páginas, perfis e blogs individuais e coletivos de sujeitos que se apresentam como homens trans, dando informações sobre transmasculinidades.⁴

Conforme Berutti (2010, p. 90), a comunidade *transgender* norte-americana utiliza o termo anglo-saxão *Female to Male* (FTM) para “designar os transexuais masculinos – mulheres biológicas que optam por transformar seu corpo em masculino por meio de hormônios e/ou cirurgia”. Esta autora utiliza o termo “opção” para a identidade de gênero transexual, fazendo-nos refletir a partir da ideia de que existem múltiplas identidades de gênero e sexuais, e que a *escolha/opção* por uma ou mais delas implica na assunção dos encargos sociais que todas elas trazem em seu bojo e no silenciamento de tantas outras identidades sociais que podemos assumir no nosso cotidiano.

Berutti (2010) suscita uma grande discussão, travada tanto no campo científico quanto social, que diz respeito à noção de que as identidades sexuais ou de gênero são ou não opções/escolhas. Essas discussões, ainda sem consenso, são perpassadas pelas concepções de fluidez ou fixidez das classificações identitárias. Enfim, no escopo deste capítulo, não nos é permitido realizar tais digressões.

Saleiro (2012) conceitua os homens transexuais como pessoas a quem foi atribuído o sexo feminino e se expressam permanentemente no masculino, sendo mais familiar a expressão anglo-saxônica FTM. Para a autora, a transexualidade expressa um processo de *migração de gênero* e não uma oscilação ou transgressão, como em outras expressões trans.

Questiono a ideia de migração de gênero, pois parece indicar que o sujeito nasceu em um gênero específico – por conta da sua anatomia e genitália? – e decidiu ir para outro gênero. As pessoas transexuais com as quais convivi e outras que são descritas por outros pesquisadores reiteram em seus relatos, entre tantas diferenças, que sempre tiveram a sensação de estar no “corpo errado”. Neste caso, as modificações corporais são realizadas com o objetivo de tornar o gênero vivido inteligível.

Por conta da sua forma de viver o gênero – que se contrapõe às imposições essencialistas sobre a relação sexo e gênero –, os homens transexuais enfrentam, no seu cotidiano, situações de violência voltadas à sua identidade de gênero masculina. Uma dessas situações é o desrespeito ao nome social adotado e a possibilidade desses homens viverem a sua masculinidade para além dos marcadores falocêntricos, característicos do universo cismasculino.

Sobre esse processo, Almeida (2012, p. 517) afirma que, nas narrativas dos homens trans,

há frequentes experiências de discriminação compostas de marcos, como a rejeição do lugar outorgado pelo binarismo de gênero (baseado na leitura inicial de sua genitália) e por experiências sociais varia-

4 Ver os perfis: “Homens Transexuais” e “Homes transexuais bi e gay”, na plataforma de sociabilidade virtual Facebook.

das de sexismo e homofobia em decorrência dessa rejeição (ainda na infância e prolongando-se na idade adulta).

Almeida também comenta sobre como o *passing* pode favorecer uma vivência menos estressante da identidade masculina e, ao mesmo tempo, torná-los invisíveis, o que, em sua opinião, dificulta a produção de estudos sobre eles. Segundo o autor, uma das restrições em relação aos estudos transidentitários,

É a sua rápida capacidade de *passing* (estritamente vinculada ao desconhecimento social da condição FTM), mas também relacionada à bem elaborada construção de ‘corpos sociais masculinos’, que se torna especialmente eficaz após a realização da mastectomia e do uso prolongado de testosterona. Em outras palavras, o uso da testosterona no caso dos homens trans, ao contrário do que ocorre com as mulheres trans, torna-os bastante próximos fisicamente às expectativas sociais de como deve parecer um homem, o que contribui para invisibilizá-los. Essa invisibilidade adquirida com frequência a duras penas significa para a maior parte um agradável momento de trégua na estressante e contínua batalha por respeito à identidade/expressão de gênero. (ALMEIDA, 2012, p. 519)

Se o *passing* é mais fácil para os homens transexuais do que para as mulheres, ainda assim existem tensões nessa passagem do universo feminino para o masculino. Essa tensão é registrada por Berutti (2010) ao relatar o drama vivido pelos homens trans na transição entre a comunidade lésbica, onde são vistos como *butches* (mulheres masculinizadas), e a masculina. Conforme a pesquisadora, para muitos homens transexuais os problemas da inserção no mundo dos homens cis são bastante complexos.

Semelhanças e diferenciações entre travestis e mulheres transexuais na literatura contemporânea

É recorrente nos estudos sobre gênero a tentativa de descrever a identidade de gênero dos sujeitos, principalmente nos estudos que envolvem pessoas trans. Benedetti (2005, p. 113) faz esse esforço quando afirma que “as transexuais dominam uma linguagem médico-psicológica refinada, apoiam-se em escritos científicos dessas disciplinas para explicar e demonstrar seu modo de ser e evidenciar as diferenças entre sua condição e a das travestis”. Ainda segundo Benedetti (2005, p. 114), “as transexuais negam qualquer potencial erótico do órgão genital masculino, elas não aceitam utilizar o pênis para o prazer, porque, em sua visão, as mulheres não têm pênis”. Tal afirmação não pode ser tomada como padrão da vivência transexual do prazer. Bento (2006) nos conta que, apesar da afirmação de que “o transexual construído oficialmente não consegue tocar (na genitália) para fazer a higiene, tampouco para a obtenção de prazer”, na sua pesquisa encontrou transexuais que assumiam a vergonha em admitir que se masturbam, temendo serem desacreditados na sua transexualidade, afinal “se a ‘identidade transexual’ foi

caracterizada pelo horror às genitálias, seria impensável, sob essa perspectiva, admitir que é possível obter algum tipo de prazer com elas”. (BENTO, 2006, p. 190) Como podemos perceber, não existe consenso nessas questões, o que confirma que a transexualidade é uma vivência singular, única, cuja experiência é intransferível e não moldável.

Outro ponto a ser destacado é aquele que diz respeito ao “*ser* mulher ou *viver* como homem/mulher”. Neste caso, a literatura caracteriza as pessoas transexuais como aquelas que se sentem homens ou mulheres, opostamente ao corpo e genitália com os quais nasceram; a travesti é localizada nessa literatura como uma pessoa que gosta ou se sente bem vivendo “como mulher”.

Então, a diferença aparece como algo relacionado à vivência interna do gênero. O “*ser* homem/mulher” parece indicar uma certeza interna que vai emergir no *ethos* de gênero e nas modificações corporais para tornar o corpo inteligível na cultura sexual. O “*viver* como mulher” ou, na fala das travestis, “passar batida por mulher”, demonstra, pelo menos discursivamente, um saber-se não mulher cis, mas o desejo de inserir-se socialmente em papéis e expressões que são consideradas próprias para as mulheres.

A opção ou não pela cirurgia de transgenitalização também aparece na literatura como uma das características que diferenciariam travestis e transexuais. Uma vez que essas pessoas têm em comum, no aspecto anatômico, um corpo de origem que vem com uma modelagem e genitália que é compreendida como marcador do masculino, mas ambas, refutando tais atributos, se modificam corporalmente e se inserem socialmente em um papel atribuído ao “feminino”, para quem as visualiza corporalmente, nenhuma diferença mais clara se mostra, mesmo reconhecendo outras diferenças mais situadas, nos marcadores de classe social, raça, cultura.

Mas aqui novamente volto a Bento (2009, p. 102), que encontrou, na sua pesquisa, transexuais que não queriam realizar a cirurgia de transgenitalização e que, ainda assim, se sentiam “mulheres”. Para Bento, as histórias de pessoas trans que “reivindicam o direito à identidade feminina, desvinculando-a da cirurgia, nos põe diante da pluralidade de configurações internas à experiência transexual”.

É exatamente por causa da aparência que – ressalvadas as diferentes formas de se vestir, se comportar e de vocabulário – travestis e mulheres transexuais, no contexto político, flexibilizam e utilizam estrategicamente a sua transidentidade. Em certos contextos e espaços, é mais proveitoso ser vista como transexual; em outros, ser travesti pode lhe trazer mais inserção social. Isso vai depender dos ganhos e perdas subjacentes à assunção política e social de determinada identidade de gênero. A categoria transexual, ainda que seja cunhada pelo conhecimento médico-psi e traga em seu bojo toda uma carga de patologia, oferece um desligamento da escolha-opção do sujeito em ser transexual e, mesmo que se estigmatize a pessoa transexual patologizando-a, acaba sendo utilizada por muitas mulheres transexuais como forma de higienização social ou, no falar de Carvalho (2011), como uma forma de *purificação* que as retira da conexão que tem sido realizada entre travestilidade e prostituição.

Em situações específicas como: entrevista para trabalho, visitas aos espaços de frequência marcadamente heterossexual ou participação em eventos tradicionais, a categoria acessada pelas transexuais para se apresentarem é “mulher”, porém, se o seu design corporal não lhe

permite o *passing*⁵ (convencer ao outro sobre a sua feminilidade), a categoria “mulher transexual” é utilizada para diminuir ou afastar essa associação. Segundo Saleiro (2012), o *passing* tem a ver com a “credibilidade de gênero”, ou seja: conseguir ser visto/a como membro do gênero desejado. Tal ação dependerá do design corporal. A esse respeito, a autora afirma que

O corpo desempenha assim um papel crucial na visibilidade ou invisibilidade das identidades e expressões de gênero trans, com as respectivas consequências ao nível das relações sociais – nomeadamente ao nível da discriminação motivada pela identidade de gênero. (SALEIRO, 2012, p. 8)

Também Cabral e Benzur (2005) reafirmam a necessidade de que a modelagem corporal torne-se inteligível dentro das imagens corporais atribuídas ao homem e à mulher padrão, para que a pessoa possa ser vista dentro do gênero vivido. Os autores ressaltam o papel do corpo na efetivação do *passing*.

Porque a socialização (o processo de generificação) precisava de um corpo onde assentar-se, uma base material. Pare socializar alguém como uma menina, para que a sua identidade feminina resulte ‘exitosa’ e sem fissuras, era imprescindível que seu corpo fosse, em sua aparência exterior, o de uma menina padrão, capaz de sustentar o olhar e a palavra, constitutivas, de sua mãe e de seu pai, sua própria percepção de si como ser sexuado. (BENZUR, 2005, p. 288, tradução nossa)⁶

Leite Jr. (2011, p. 214) reforça a *possibilidade purificadora* da categoria “transexual”, ao afirmar que essa categoria possui um “capital linguístico mais valorizado que o termo ‘travesti’, podendo ser mais facilmente convertido em capital social e, desta forma, sendo capaz de abrir ou fechar portas segundo a maneira como a pessoa se auto identifica ou é identificada”.

Ainda que o conceito de “travestismo” tenha sido depurado com o passar dos tempos e seja atualmente mais associado a “uma nova expressão do trânsito entre os gêneros” (LEITE JÚNIOR, 2011, p. 195), a sua representação social continua relacionada com a marginalidade. A solução moderna para a pessoa transexual foi outra, mais típica da medicalização e controle biopolítico dos corpos transgressores, já apontados por Foucault (2009). Dessa forma, a pessoa transexual “não é mais afastada para as margens concretas ou imaginárias do convívio social, mas convocada a se adaptar às normas de gênero do período”. (LEITE JÚNIOR, 2011, p. 197)

Ainda assim, dentro do universo trans, o uso estratégico das transidentidades entre as pessoas que vivem no feminino tenta driblar situações de abjeção e transfobia, porém a violên-

5 Na literatura internacional, o termo *passing transgender* é utilizado para referir-se a uma capacidade pessoal de ser reconhecido/a como pertencente a um gênero que não era o assignado no sujeito ao nascer. Essa capacidade pessoal envolve tanto certa manipulação de alguns cuidados físicos característicos do gênero pretendido, quanto os atributos de comportamento que sejam culturalmente associados a tal gênero. (ALMEIDA, 2012)

6 Porque la socialización (el proceso de generización) precisaba de un cuerpo donde asentarse, de una base material. Para socializar a alguien como una niña, para que su identidad femenina resultara “exitosa” y sin fisuras, era imprescindible que su cuerpo fuera, en su apariencia exterior, el de una niña standard, capaz de sostener la mirada y la palabra, constitutivas, de su madre y su padre, su propia percepción de sí como ser sexuado.

cia perpetrada pelos sujeitos exteriores a este universo se dirige às travestis e mulheres transexuais indiscriminadamente. Tal situação é abordada por Bento (2008, p. 59-60), ao relatar que,

Quando mergulhamos nesse debate (diferenciação entre travestis e transexuais), defrontamo-nos com um outro, intenso, sobre os significados do que seja o masculino e feminino. É nesse processo que se nota a disputa das identidades. Parece que ser transexual ainda soa como algo que confere mais legitimidade e poder, enquanto a travesti é construída como a outra radical. É como se a categoria médica ‘transexual’ fizesse o trabalho de limpeza, assepsia de uma categoria da rua. O mais intrigante é que essa disputa efetivada às margens não reverbera no centro. Os ‘normais’ não diferenciam estas experiências identitárias, simplificam tudo sob a rubrica de ‘anormais’, ‘aberrações’, ‘coisas esquisitas’.

Apesar dessa suposta limpeza que a categoria médica-psi transexual faz quando assumida por uma travesti, elas vivem como se não fossem sujeitos de cidadania plena, mas sim dentro do que Butler (1999, p. 155) chama de abjeção, ou seja, elas vivem “(n)aquelas zonas ‘inóspitas’ e ‘inabitáveis’ da vida social, que são, não obstante, densamente povoadas por aqueles que não gozam do status de sujeito, mas cujo habitar sob o signo do ‘inabitável’ é necessário para que o domínio do sujeito seja circunscrito”.

Leite Júnior (2011) confirma essa situação, quando afirma que travestis e transexuais desestabilizam as normas de gênero ao apresentarem uma estética de gênero que é associada ao sexo oposto. Para este autor, as situações de violência contra essas pessoas são justificadas pelos seus perpetradores pelos “enganos” que elas causam com a sua aparente feminilidade. Perlongher (2008, p. 112) reitera a ideia de engano quando afirma que, no tribunal dos juízos alheios,

o travesti é culpado de um duplo engano: por um lado, se faz passar por mulher, sendo anatomicamente homem; não contente com isso, ainda mentindo sua genitalidade, ele não executa o papel de mulher passiva que propala, mas o papel de penetrador ativo que a sua aparência desmente.

Ainda assim, é dentro da visão binarista de gênero que elas, as travestis e mulheres transexuais, parecem querer viver, ao performatizar o “feminino”. Bento (2011, p. 105) nos leva a refletir sobre este paradoxo da luta do movimento trans. Segundo a pesquisadora,

Por mais que as experiências travesti e transexual sejam expressões e experiências de gênero que tem um potencial revolucionário, uma vez que negam a procedência do biológico para organizarem suas identificações, podem ser inteiramente capturadas pelas normas de gênero, à medida que a luta é pelo reconhecimento nos marcos do binarismo.

Quando tentamos pensar sobre diferenças e semelhanças entre as experiências de travestis e transexuais, podemos perceber que, excetuando a transmasculinidade, travestis e mulhe-

res transexuais apresentam uma experiência de gênero muito próxima, apesar dos discursos e percepções por vezes dissonantes e contraditórios.

A necessidade de modificar o corpo para nele marcar aqueles aspectos considerados femininos, assim como os caminhos, saberes e práticas que este processo comporta também são compartilhados por travestis e mulheres transexuais. Concordo com Vianna (2012, p. 240) quando reflete a especificidade da luta das pessoas trans no interior do movimento LGBT e afirma que “no caso de travestis, transexuais ou pessoas intersexo, parecem ser os corpos o resultado último e perseguido de seus atos, exibindo todo um trabalho que não pode mais ser apagado ou temporariamente ocultado”.

A modificação corporal, tão necessária para existência de travestis e transexuais, aparece como um ritual de passagem que marca uma nova inserção do sujeito modificado no campo social, pois “é nos corpos, afinal, que resulta toda essa dissidência de gênero tão mais difícil de assimilar porque diferentemente das relativas estritamente à sexualidade, ultrapassa o binarismo e confunde suas categorias mais elementares”. (VIANNA, 2012, p. 240)

Travestis e transexuais, apesar das suas semelhanças e diferenças já explicitadas no decorrer deste texto, são pessoas que têm, no campo científico, político e social, o desafio de serem vistas como sujeitos que, independente da forma que vivem o gênero e constroem seus corpos, produzem novos conhecimentos sobre os limites das classificações identitárias e o risco que elas produzem, ao estabelecer lugares generificados fixos para os sujeitos – tão fluidos – viverem.

Transgêneros, identidades trans e pessoas trans: conceitos que tentam aproximar diferenças

Apesar das diferenças e semelhanças entre travestis e transexuais discutidas e, muitas delas presentes nos estudos de gênero produzidos pelos diferentes campos do saber e agir, existe uma necessidade de produzir uma nova categorização que – de modo puramente didático e discursivo – possa referir-se a estes sujeitos de forma coletiva, mesmo sabendo-se do risco de novamente limitar e engessar a multiplicidade de formas de viver o gênero entre essas pessoas.

Na seara da produção de categorias identificatórias coletivas, alguns termos têm sido utilizados pelos pesquisadores, políticos e mesmo dentro do movimento LGBT. Aqui discorreremos especificamente sobre os termos “transgênero”, “identidades trans” e “pessoas trans”, por serem aqueles mais presentes nas literaturas científicas consultadas para este capítulo.

O termo “transgênero” não tem consenso, na comunidade travesti e transexual no Brasil, quanto ao seu uso como coletivo que engloba tais identidades de gênero, porém, na literatura teórica e também em estudos empíricos, alguns autores (JAYME, 1994; VENCATO, 2003) se referem a estas pessoas com o conceito de transgênero. Prosser (1997 apud BERUTTI, 2010) enfatiza que o termo *transgender* se enquadra na categoria de gênero e não de uma identidade sexual. Para este autor, o termo trans tem o sentido de “cruzar, cruzando fronteiras”, o que indica uma mobilidade identitária.

Feinberg (1997 apud BERUTTI, 2010, p. 77-78) dá novo sentido ao termo *transgender*, ao ampliar o seu alcance, que passou a exercer uma função guarda-chuva, englobando outras cate-

gorias, antes excluídas, tais como: cross-dresses, transexuais e travestis, *drag queens*, *drag kings* e intersexuais.

Fernandez (2009, p. 51) prefere utilizar o termo *identidade trans* para se referir “Aqueles pessoas que se identificam com um sexo/gênero diferente daquele que lhe foi designado ao nascer.” (tradução do autor)⁷ Porém, entre autores brasileiros, o termo *pessoa trans* tem sido utilizado com mais frequência para se referir às pessoas travestis e transexuais.

Santos (2013), refletindo sobre o acesso de travestis e mulheres transexuais aos serviços de saúde, utiliza o termo *pessoa trans* como forma não de homogeneizar, nem tampouco simplificar a experiência de gênero dessas pessoas, apenas tentando destacar os elementos que as aproximam na vivência de uma transidentidade. O termo *pessoa trans* procura discursivamente valorizar as trajetórias sociais e identitárias, os rituais de modificação corporal, as violências enfrentadas no cotidiano e as dificuldades que travestis e mulheres transexuais compartilham no decorrer da vida, por subverterem os cânones sobre gênero e sexualidade e a estilística heteronormativa de performatizar a relação corpo, genitália, gênero e desejo.

Quem precisa de categorias transidentitárias?

Inicialmente destaco aqui três campos para os quais a categorização das identidades de gênero e sexuais parece indispensável. São eles: o campo da *ciência*, o campo das *políticas públicas* e o campo dos *movimentos sociais*. Todos estes campos, através de diferentes processos e métodos, constroem categorias de classificação identitária para se referir aos sujeitos sexuais e generificados com os quais dialogam, sobre os quais teorizam e para os quais militam.

Sobre a produção de categorias classificatórias dentro do movimento LGBTT, Simões (2011, p. 171) afirma que

Temos que levar em conta, também, que essas categorias se ordenam em sistemas classificatórios, que se de um lado impõem ou empurram as pessoas para certos lugares, posições, papéis, identidades, de outro também permitem que as pessoas se tornem conhecidas e explorem diferentes possibilidades de ação e performance.

O *campo dos movimentos sociais*, a saber a Articulação Nacional de Travestis e Transexuais – Antra, a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT, a Associação Brasileira de Transgêneros – Abrat e a Associação Brasileira de Homens Transexuais – ABHT, também têm colaborado na produção de categorizações identitárias que visam dar visibilidade à multiplicidade de identidades de gênero e sexuais presentes nestas entidades e destacar as diferentes agendas de saúde e cidadania dessas pessoas.

O manual de comunicação LGBT, produzido pela Associação Brasileira de Gays, Bissexuais e Lésbicas, define *travestis* como “pessoas que assumem características físicas e psicossociais atribuídas ao sexo oposto, mas que não negam o sexo genital e anatômico. Geralmente não se

⁷ “a aquellas personas que se identifican con un sexo/género diferente al que les fue asignado al nacer.”

interessam pela cirurgia de readequação genital, mas modificam seu corpo com o uso de hormônios e silicone ou com cirurgias plásticas”. (ABGLT, [199-?], p. 18)

Neste mesmo manual, também são definidos os termos transexual e transgênero: *Transexuais* são homens e mulheres que não aceitam o sexo que apresentam anatomicamente. Embora tenham genitália externa e interna de um único sexo, identificam-se como sendo do sexo oposto. Geralmente buscam cirurgia de readequação sexual. Já o termo *transgênero* é utilizado para se referir às pessoas que nascem com um sexo biológico, mas se relaciona com o mundo como sendo de outro, travestis e transexuais, entre outras categorias. (ABGLT, [199-?])

Apesar de a ABGLT aglutinar diversos grupos LGBT do Brasil, não há consenso sobre as formas de categorização identitárias das pessoas que integram esse movimento. Um exemplo disso pode ser encontrado na cartilha *Caucaia: construindo a cidadania LGBTT*, produzida pelo Grupo de Resistência Flor de Mandacaru, localizado na cidade de Caucaia – CE, que também traz definições sobre os termos travesti, transexual e transgêneros de forma diversa da apresentada pela ABGLT ([199-?], p. 9). Nesta cartilha, *travestis* são conceituadas como “pessoas que assumem a aparência física do sexo oposto, por meio da ingestão de hormônios, aplicação de silicone, realização de cirurgias plásticas, troca de nomes e uso de acessórios (roupas, penteados, entre outros)”. Nela, o conceito de transexual destaca as principais características que o saber médico-psi atribui às pessoas transexuais. Assim, a cartilha define *transexual* como pessoa que possui características e se identifica como o sexo oposto, portanto, vive em conflito com o seu sexo biológico. Na maioria dos casos, deseja a cirurgia de adequação genital e corporal, para que sua constituição física seja condizente com sua identidade de gênero.

Percebe-se aqui um maior detalhamento no conceito que já traz a expressão “cirurgia de adequação genital e corporal”, em lugar de “readequação sexual”, termo utilizado no manual de comunicação LGBTT quando define o conceito de transexual. O movimento brasileiro de transexuais refuta o termo “readequação sexual”, por entender que o mesmo indica que alguém foi modificado para assumir uma nova identidade de gênero. O movimento optou pelo termo “adequação sexual”, afirmando que este termo demonstra que transexuais vivem na sua identidade de gênero, independente da anatomia e genitália que possuem, porém podem optar por realizar modificações corporais e genitais para ter um “gênero inteligível”. Segundo Butler (2008, p. 38),

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.

Pode-se constatar, a partir das categorias identitárias utilizadas ou produzidas nos movimentos sociais brasileiros, que a nomeação dos sujeitos parece indispensável para o reconhecimento das suas singularidades e necessidades sociais e de saúde específicas.

Garcia (2003) afirma que os significados sociais são inscritos por um ato de nomeação e definição. Isso nos remete a uma concepção de que toda a identidade possui um caráter incompleto, uma vez que precisa de uma referência exterior para se sustentar, e traz consigo relações de poder, já que determinadas possibilidades são reprimidas ou excluídas para poder afirmar e estabilizar outras. Esse fato pode ser constatado nas tensões vivenciadas dentro do próprio movimento LGBT onde, em determinados contextos sociais e políticos, algumas identidades de gênero ou sexuais são elipsadas para que outras se firmem e atinjam seus objetivos específicos. (SIMÕES; FACCHINI, 2009)

Vianna (2012), refletindo sobre os direitos sexuais da população de LBTT, reitera a tensão existente na construção da pauta de reivindicação de cada sujeito dentro do movimento social. Neste caso, essa tensão explícita como a questão da identidade de gênero pode se contrapor ou formar uma agenda de luta diferente das questões em volta das identidades sexuais. Segundo ela,

Há tensões e torções trazidas pela presença mais visível e ruidosa nas militâncias LGBT de pessoas localizadas em algum ponto da diversificada gama da transexualidade, travestilidade ou intersexualidade que colocam em questão classificações e categorizações tidas como elementares e relativamente fixas, como homens/mulheres ou héteros/não-héteros. (VIANNA, 2012, p. 231)

Vianna (2012) avança, refletindo como o gênero vivido por *peças trans* interfere no estabelecimento de pautas para as lutas do movimento social e no questionamento do que seria ser homem ou mulher na sociedade, no interior do próprio movimento LGBT. Para a autora,

Mais do que dissidências inseridas na ordem da sexualidade, o que teríamos seriam fundamentalmente dissidências inscritas no e pelo gênero, reveladas nas variadas demandas de uso 'correto' dos pronomes, no tratamento a seus relacionamentos amorosos como relações heterossexuais, quando conveniente, ou ainda nas inúmeras situações de interação social em que sua identidade feminina ou masculina seria posta em questão. (VIANNA, 2012, p. 240)

Simões e Facchini (2009) também constata essa tensão entre as agendas das pessoas trans e o restante do movimento LGBT, porém a localiza como produtiva para a luta pelos direitos humanos. Segundo estes autores, “as fronteiras que permitiram qualificar uma pessoa como homem ou mulher se tornaram mais difusas e controvertidas com o aumento da visibilidade social e política das pessoas trans”. (SIMÕES; FACCHINI, 2009, p. 49)

Facchini (2009) considera que, dentro do movimento LBTT brasileiro, não somente a proliferação de categorias identitárias, quanto as necessidades específicas de cada ator político, causaram e causam tensões, conflitos e fraturas nos embates do movimento na arena política. Na sua pesquisa, que resultou no livro “Sopa de Letrinhas: movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90”, Facchini (2009, p. 134) constatou que,

Embora a proliferação de categorias implicasse demandas por reconhecimento de *especificidades* e de sujeitos que se sentiam invisibilizados ou de algum modo excluídos, a própria percepção de *especificidades* e toda a árdua negociação política que permitiria sua inclusão na agenda do movimento e na sigla que o representa eram permeadas por relações de aliança e de conflito que envolviam organizações ativistas e vários outros atores políticos presentes no 'campo'.

A falta de consenso ou, para melhor refletir, as disputas por reconhecimento das especificidades e necessidades dos sujeitos dentro do movimento LGBT demonstra o limite das categorias identitárias em refletir a multiplicidade das identidades sexuais, de gênero e expressões de gênero presentes na sociedade contemporânea. A politização de ativistas dentro da *sopa de letrinhas* (FACHINNI, 2009) resulta na visibilização não somente da diversidade sexual e de gênero presente na sociedade, mas clarifica também as dificuldades em lidar com *a diferença dentro da diferença*.

No *campo da ciência*, Leite Júnior (2011, p. 25) nos oferece um estudo detalhado sobre como este campo, ao longo da história, vem produzindo categorias que tentam conceituar e diferenciar travestis e transexuais. Segundo o autor, as “definições únicas e definitivas sobre corpos e identidades sexuais e seus limites entre masculinidade e feminilidade nunca existiram, variando conforme os grupos e os discursos (médicos, religiosos, políticos) mesmo em uma época específica”.

O pesquisador tentou identificar não somente a trajetória histórica dos conceitos científicos de “travesti” e “transexual”, mas as possíveis diferenças entre as pessoas que eram classificadas dessa forma. Nessa tentativa, ele constatou que

Os limites entre uma pressuposta ou uma recém-criada ‘identidade’, a transexual, e outra – supostamente mais conhecida – a travesti, bem como as marcas distintivas entre elas, vão do mais rígido em textos científicos ao mais intencionalmente flexível na cultura de massas, passando pela complexa miscelânea de ideias, vivências e estratégias da experiência concreta e cotidiana de tais pessoas. (LEITE JÚNIOR, 2011, p. 24)

Entretanto, o próprio campo científico é questionado na produção dos saberes sobre gênero e sexualidade, indicando que, também neste campo, existem tensões que marcam posições de sujeito e visões fluidas ou fixas de “masculinidade” e “feminilidade”, perpassadas por julgamentos morais presentes na produção científica. Ciente disso, Fauto-Sterling (2001) nos alerta sobre o fato de que o campo científico, a despeito de todo o discurso propalado sobre a neutralidade axiológica, não é neutro. Para a autora, ele reproduz os mesmos preconceitos e discriminações presentes nas normas sociais sobre gênero e sexualidade. A autora afirma que

[...] rotular alguém como homem ou mulher é uma decisão social. Podemos utilizar o conhecimento científico para nos ajudar a tomar a decisão, mas só nossas crenças sobre o gênero – e não a ciência – podem

definir nosso sexo. Além disso, nossas crenças sobre o gênero também afetam o tipo de conhecimento que os científicos produzem sobre o sexo. (FAUTO-STERLING, 2001, p. 15)

Bento (2011, p. 89), ao refletir sobre o fazer científico no campo das sexualidades, nos lembra de que “precisamos estruturar um *corpus* teórico conceitual, mas os conceitos são ficções, ou seja, têm pontos de conexão com a realidade, mas não são a realidade. Embora o conceito tenha uma vocação universal, devemos repor a relação entre as palavras e as coisas nos termos da diferença”. Aqui fica a inquietação sobre os danos do essencialismo ainda presente na produção científica de categorizações identitárias e, tal como Bento (2011, p. 87), eu “não consigo compreender a eficácia de um discurso que, para libertar parte da humanidade, precisa fazer a outra prisioneira. Talvez essa seja uma solução típica do pensamento reto”. Prefiro pensar como Pelúcio (2011), acreditando que o campo etnográfico, até o momento, tem nos mostrado a tentativa de se operar com as categorias existentes, porém buscando alargar seus limites identitários.

O *campo político* é compreendido, neste capítulo, como aquele que produz as políticas públicas e os dispositivos legais que tentam atender às demandas sociais e pressões do movimento brasileiro de travestis e transexuais. Para efeito das análises possíveis neste texto, utilizo alguns dispositivos legais que tematizam direitos sociais e de saúde da população de LGBT brasileira, a saber: Projeto Brasil sem Homofobia, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População LGBTT, Portaria 457/2008 (que regulamenta o Processo Transexualizador no SUS) e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT.

A breve reflexão que segue procura identificar e analisar como as identidades trans são conceituadas nestes documentos e procura demonstrar as relações entre os diferentes campos aqui analisados na produção dessas categorias identitárias e como estas são utilizadas para alargar ou reduzir os horizontes dos direitos sociais e humanos dessas pessoas.

No Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, não existem conceituações a respeito das identidades sexuais e de gênero dos sujeitos para os quais as ações do plano se voltam. Ao que parece, essa decisão pode ser creditada à participação de diferentes grupos de militantes em colaboração com o Governo. Entretanto, essas diferenças aparecem nas ações propostas no plano para os sujeitos envolvidos.

Apesar de praticamente todas as proposições do Plano envolverem a população LGBT, elas são propostas dentro do recorte de orientação sexual (LGB) e identidade de gênero (Travestis e Transexuais). Existem, porém, algumas proposições que expressam o conhecimento a respeito de algumas necessidades e singularidades de travestis e transexuais, onde perpassam o entendimento a respeito das diferenças conceituais propostas pelo campo científico a respeito desses sujeitos.

Um exemplo disso são as ações que pretendem:

Promover medidas que permitam o uso do nome social de travestis e transexuais no serviço público federal, tanto na administração direta quanto nas autarquias, fundações e empresas públicas; contribuir para a exclusão das classificações transexualismo e travestismo do Código Internacional de Doenças (CID) e Manual de Diagnóstico e Estatística

das Perturbações Mentais (DSM-IV); criar um programa de bolsas de estudo que incentive a qualificação ou educação profissional de Travestis e Transexuais em diversas áreas. (BRASIL, 2009)

Neste documento, as especificidades das identidades sexuais e de gênero também se expressam no entendimento de que esses sujeitos são atingidos por um tipo específico de violência que se relaciona com a sua identidade sexual ou de gênero, dando origem a diferentes conceituações que se referem às suas diferentes categorias identitárias. Esse reconhecimento e compromisso se expressa no texto quando se propõe a atuar na *diferenciação dos conceitos de homofobia, lesbofobia e transfobia*, tendo como objetivo “*combater o estigma e a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero*”. (BRASIL, 2009, p. 14)

O texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais também não traz nenhuma conceituação a respeito dos termos travesti e transexual. Porém, tal como o Plano de Direitos Humanos e Cidadania LGBTQI+, expressa a adoção de uma categorização e diferenciação identitária entre travestis e transexuais que perpassa nas ações propostas. Nessa política, é reconhecida a violência que atinge as travestis na prostituição, o uso indevido de silicone industrial e de medicamentos e hormônios femininos não prescritos por profissional de saúde. As especificidades dos homens transexuais também são reconhecidas quando o texto informa que eles,

[...] demandam acesso aos procedimentos de mastectomia [mamo-plastia reparadora] e de histerectomia. Embora a readequação genital nesses casos ainda não tenha tecnologia aprovada pelos órgãos competentes, esta segue sendo uma forte reivindicação do grupo. A automedicação normalmente realizada com doses elevadas de hormônios masculinizantes é também um agravante no quadro de saúde destas pessoas. (BRASIL, 2010, p. 12)

As mulheres transexuais são localizadas na perspectiva medicalizadora que as purificam da prostituição (o texto nunca refere que elas também podem ter passado por esse caminho ou nele continuam) e as localizam fora desse contexto, enquanto as travestis são relacionadas ao mercado do sexo, como se isso fosse uma marca identitária delas: “a prostituição para as travestis significa não apenas sua sobrevivência financeira, mas também a possibilidade de pertencimento social, que lhes é negado em outros espaços”. (BRASIL, 2010, p. 11) O uso de silicone industrial também é apresentado textualmente como algo próprio do universo travesti: “outra questão importante são as frequentes notícias divulgadas pela imprensa sobre mortes de travestis devido à aplicação do silicone industrial, utilizado para promover as mudanças para a feminização do corpo”. (BRASIL, 2010, p. 11) Porém, o uso de silicone industrial, hormônios feminilizantes e a prática da prostituição aparecem na biografia de várias travestis e mulheres transexuais, aproximando suas trajetórias sociais e identitárias e mostrando que as diferenciações e conceituações ainda carecem de maior habilidade em reconhecer que a vivência das identidades trans é mais complexa do que as nomenclaturas que o vocabulário acadêmico, político e social dispõe para nomeá-las, descrevê-las e caracterizá-las.

O Programa de Combate à Violência e Discriminação contra GLBT e de Proteção à Cidadania Homossexual, mais conhecido como “Brasil sem Homofobia”, fruto de um esforço conjunto das lideranças LGBTT nacionais e de representantes de grupos LGBTT locais e representantes do governo, expressou o reconhecimento de que pessoas LGBTT eram e ainda são alvos da violência pública e familiar e que estas pessoas demandavam uma intervenção estruturada e sistemática do governo brasileiro. Neste documento, as categorias de classificação identitária estão explícitas. Os elaboradores deste texto – representantes do governo e representantes do movimento LGBT – assim explicam os conceitos de transgêneros e transexuais: a palavra *transgêneros* é concebida como uma “terminologia utilizada que engloba tanto as travestis quanto as transexuais. É um homem no sentido fisiológico, mas se relaciona com o mundo como mulher” e *transexuais* “são pessoas que não aceitam o sexo que ostentam anatomicamente”.

Sendo o fato psicológico predominante na transexualidade, “o indivíduo identifica-se com o sexo oposto, embora dotado de genitália externa e interna de um único sexo”. (BRASIL, 2004, p. 29) Vale salientar que o termo transgênero aparece no texto como um coletivo que agrega travestis e transexuais, entretanto o termo transexual é definido com detalhes posteriormente, ficando o termo travesti sem definição alguma. No documento, o termo transgênero refere que, tanto “a pessoa travesti quanto a pessoa transexual, são homens no sentido fisiológico, mas se relacionam com o mundo como mulheres” (BRASIL, 2004, p. 30), sem realizar nenhuma reflexão ou apresentar alguma explicação sobre a diferença entre corpo, genitália e gênero.

No conceito de transexual apresentado no texto, a preocupação latente parece diferenciar transexualidade de hermafroditismo. Essa preocupação aparece de forma mais clara quando afirma que a pessoa transexual é “dotada de genitália externa e interna de um único sexo”. (BRASIL, 2004, p. 29)

O último documento a ser discutido aqui é a portaria 1.707/2008, que institui o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2008) Este dispositivo legal vem atender ao desejo das pessoas transexuais e também das travestis, no que diz respeito às modificações corporais que as identifiquem como femininas. Entretanto, o processo transexualizador no sistema unificado de saúde brasileiro não permite que travestis realizem as modificações corporais que necessitam como parte das ações de cuidados à saúde que o mesmo oferece.

O conceito de transexual aparece associado ao “transexualismo”, quando o texto da portaria afirma tratar-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 ao seu próprio sexo anatômico”. (BRASIL, 2008, p. 1) No campo social, o movimento e os grupos de travestis e transexuais no Brasil refutam a utilização do sufixo “ismo”, por conta da sua relação histórica com a ideia de patologia, uma vez que as pessoas travestis e transexuais não se veem como “transtornadas”.

Considerações finais

De tudo o que foi exposto sobre as *identidades trans*, mais precisamente sobre pessoas travestis e transexuais, o que podemos depreender é que as classificações identitárias forjadas no

âmbito da academia não conseguem capturar e nem se aproximar das múltiplas possibilidades de viver o gênero, a sexualidade e o corpo. Tais categorias também não encontram consenso no âmbito dos grupos organizados, onde as identidades *travesti* e *mulher transexual* podem e são estrategicamente intercambiadas, visando uma purificação e afastamento da relação histórica entre a travestilidade e a prostituição. Assim, assumir-se transexual em algumas situações parece oferecer uma nova possibilidade de representação positiva de si.

Além disso, tais categorizações não somente reduzem as possibilidades de explicação da multiplicidade de vivências da sexualidade e do gênero nos campos científico, político e social, como o seu o efeito mais visível é sempre tentar aprisionar o sujeito nos modelos de sexo-gênero vigentes, de base binarista, que oferecem aos mesmos uma única possibilidade de existir e se representar como homens ou mulheres cis. (SILVA, 2000)

Mesmo assim, tais categorias classificatórias continuam sendo produzidas nos diferentes campos aqui analisados (científico, político e social), uma vez que, cada campo, dentro das suas especificidades, precisa: caracterizar e diferenciar as pessoas a partir das suas singularidades para formar uma agenda específica para atendimento das necessidades de cada uma delas; responder às demandas, considerando as diferenças entre os sujeitos; compreender como as categorias classificatórias são produzidas e os impactos da sua produção na vida cotidiana das pessoas nominadas.

Aquelas pessoas que não se sujeitam às normas de sexo-gênero hegemônicas, bases dos processos de nomeação, são arrastadas para as margens sociais, vivendo o que Agamben (1998) chama de *vida nua* e, destituídas da sacralidade da sua vida, são alvo de violência e perda de direitos, sem que isso seja visto como iniquidade ou crime. Resta saber, parafraseando Butler (1999, p. 156), “quais corpos pesam e quais corpos ainda devem emergir como preocupações que possam ter um peso crítico?”.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS.

Manual de Comunicação. LGBT, [199-?], 52 p.

AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: Sovereign, Power and Bare Life*. California: Stanford University Press-Stanford, 1998.

ALMEIDA, Guilherme. ‘Homens trans’: novos matizes na aquarela das masculinidades. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 513-523, maio/ago. 2012.

BENEDETTI, Marcos. *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

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

_____. *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 2008. 181p. (Coleção Primeiros Passos; v. 328).

- BENTO, Berenice. A diferença que faz a diferença: corpo e subjetividade na transexualidade. *Revista Bagoas*, n. 4, p. 95-112, 2009.
- _____. Política da diferença: feminismos e transexualidades. In: COOLING, Leandro (Org.). *Stonewall 40 + o que no Brasil?*. Salvador: EDUFBA, 2011. (Coleção Cult).
- BERUTTI, Eliane Borges. *Gays, lésbicas, transgenders: o caminho do arco-íris na cultura norte-americana*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Distrito Federal: Brasília, 2010.
- BRASIL, Presidência da República. *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT*. Secretaria de Direitos Humanos-SEDH, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM 1.707/2008*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 19 ago. 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e Promoção da Cidadania Homossexual*. Secretaria Especial de Direitos Humanos: SEDH, 2004.
- BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, Guacira Lopes. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.
- BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- CABRAL, Mauro; BENZUR, Gabriel. Cuando digo intersex: um diálogo introductorio a la intersexualidad. *Cadernos Pagu*, n. 24, p. 283-304, 2005.
- CARVALHO, Mário Felipe de Lima. *Que mulher é essa?: Identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais*. 2011. 147 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2011.
- DAMÁSIO, Anne Christine. Botando corpo e (re) fazendo gêneros. *Revista Bagoas*, n. 6, p. 211-241, 2011.
- FACHINNI, Regina. Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a “arena” do movimento LGBT brasileiro. *Revista Bagoas*, n. 4, p. 132-158, 2009.
- FAUSTO-STERLING, Anne. Dualismos em duelo. *Cadernos Pagu*, n. 17-18, p. 9-79, 2001/02.
- FERNANDEZ, Josefina. Política y regulación sexual: los cuerpos disidentes en la ciência, el derecho y el feminismo. *Quaderns*, n. 25, p. 89-107, 2009.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 36. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009.
- GARCIA, David Córdoba. Identidade sexual y performatividad. *Revista Athenea Digital*, n. 4, p. 1-10, 2003.

- JAYME, J. G. Montar-se: discutindo corpo e incorporação entre os transgêneros. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, 4, 2001a, Curitiba. *Sentidos do Gênero. Anais...* Curitiba: UFPR, 1994.
- LEITE JR., Jorge. *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico*. São Paulo: Annablume, FAPESP, 2011.
- LOURO, Guacira Lopes. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2008.
- LOURO, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.
- PELÚCIO, Larissa. *Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo da AIDS*. São Paulo: Annablume, FAPESP, 2009.
- _____. É o que tem pra hoje: os limites das categorias classificatórias e as possíveis novas subjetividades travestis. In: COLLING, Leandro (Org.). *Stonewall 40 + o que no Brasil?*. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 111-136. (Coleção Cult)
- PERLONGHER, Néstor. *O negócio do michê: a prostituição viril em São Paulo*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2008.
- PRADO, Marco Aurélio Máximo; MACHADO, Frederico Viana. *Preconceitos contra homossexualidades: a hierarquia da invisibilidade*. São Paulo: Editora Cortez, 2008.
- ROAZZI, Antonio. Pesquisa e contexto: métodos de investigação e diferenças socioculturais em questão. *Cadernos de Pesquisa São Paulo*, n. 62, p. 35-44, ago. 1987.
- SALEIRO, Sandra Palma. *A transexualidade e o gênero: identidades e (in)visibilidades de homens e mulheres transexuais*. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 7., 19 a 22 jun. 2012. Portugal. *Anais...* Portugal: Universidade do Porto, 2012.
- SANTOS, Ailton da Silva. *Problematizando o acesso e o acolhimento de travestis e mulheres transexuais nos serviços de saúde*. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADE, 3., 2013. Salvador. *Anais...* Salvador-BA: Uneb, 2013.
- SILVA FILHO, Milton Ribeiro da; RODRIGUES, Carmem Izabel. Digressões homossexuais: notas antropológicas sobre coming out, ethos LGBT e bajubá em Belém-PA. *Revista do NUFFEN*, v. 4, n. 1, p. 44-58, 2012.
- SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais*. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2000.
- SIMÕES, Júlio Assis; FACHINNI, Regina. *Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009.
- SIMÕES, Júlio Assis. Marcadores de diferença na “comunidade LGBT”: raça, gênero e sexualidade entre jovens no centro de São Paulo. In: COLLING, Leandro (Org.). *Stonewall 40 + o que mais no Brasil?*. Salvador, EDUFBA, 2011. p. 157-173.

VENCATO, Anna Paula. Confusões e estereótipos: o ocultamento das diferenças na ênfase de semelhanças entre transgêneros. *Cadernos AEL*, v. 10, n. 18-19, 2003.

VIANNA, Adriana. Atos, sujeitos e enunciados dissonantes: algumas notas sobre a construção dos direitos sexuais. In: MISKOLCI, Richard; PELÚCIO, Larissa (Org.). *Discursos fora da ordem: sexualidades, saberes e direitos*. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2012. (Coleção Queer).

XIA, Jingfeng. An anthropological emic-etic perspective on open access practices. *Journal of Documentation*, v. 67, n. 1, p. 75-94, 2011.

Transexualidade e normas de gênero: contribuições para o debate bioético sobre as práticas de modificações corporais do sexo

Daniela Murta

Apresentação

A condição transexual é um fenômeno complexo no qual o indivíduo se apresenta a partir da descrição de um sentimento de não pertencimento ao sexo anatômico, sem que isto implique em uma negação da sua anatomia sexual, isto é, esta negação não configura um distúrbio delirante. Tampouco se trata também de um quadro com bases orgânicas, como é o caso do hermafroditismo ou outras anomalias endócrinas. (CASTEL, 2001) Para a psiquiatria, trata-se de uma desordem mental, denominada até a recém-publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM V) de *Transtorno de Identidade de Gênero*,¹ que se caracteriza pela certeza do indivíduo de pertencer ao sexo oposto àquele indicado por sua genitália, demonstrando o desejo de viver como membro desse sexo com o qual se identifica e, em geral, alterar sua aparência corporal, incluindo os órgãos genitais. (LOBATO, 2001)

¹ No DSM V, publicado em 2013, pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), a transexualidade retornou à categoria de *Disforia de Gênero*, primeira categorização psiquiátrica do transexualismo, atendendo às críticas sobre o potencial estigmatizante do diagnóstico de *Transtorno de Identidade de Gênero*. Embora tal mudança venha sendo reconhecida como uma conquista na luta pela despatologização da transexualidade, é importante ressaltar que a necessidade de avaliação profissional e autorização médica permanecerão como requisitos para a realização de procedimentos de modificação corporal em transexuais.

Embora a transexualidade faça parte da literatura psiquiátrica desde o século XIX, através de autores como Von Krafft-Ebing (1840-1902) e Magnus Hirschfeld (1868-1935), de modo geral se localiza o surgimento desse fenômeno fundamentalmente a partir da primeira intervenção terapêutica tornada pública, que foi a cirurgia do ex-soldado do exército americano George Jorgensen, realizada por Christian Hamburger, em 1952, na Dinamarca. (FRIGNET, 2002) Esta cirurgia, que se tornou a matriz das transformações corporais demandadas por transexuais no mundo inteiro, teve um significado histórico que não se refere apenas à possibilidade de mudar médica e cirurgicamente a aparência, mas por ter dado início a uma ampla discussão em torno da identidade sexual e das categorias de gênero. (CASTEL, 2001) Além disso, esta intervenção inaugural suscitou a problematização das consequências deste procedimento, que teve um aumento expressivo de demanda e passou a ser realizado em diversos países.

Nesse contexto, teorizações sobre a transexualidade começaram a tomar força, o que, ao delinear a produção de um saber específico e a proposição de modelos de tratamento para esses casos, constituiu o que Bento (2006) denomina como “dispositivo da transexualidade”. A interpretação patológica dessa condição, baseada na incoerência entre o sexo e o gênero, em um contexto de reconceitualização do sexo e de viabilidade técnica para a modificação da anatomia sexual, consolidou a intervenção sobre as características sexuais do corpo como a terapêutica mais adequada para a transexualidade, tornando necessário formalizar esta prática assistencial e normatizar os procedimentos de atenção. (MURTA, 2007; ARÁN; MURTA, 2009)

Frente à necessidade de delimitar os parâmetros formais para a realização de modificações corporais do sexo em transexuais, no final da década de 60, pesquisadores afiliados às principais instituições de assistência e pesquisa sobre o tema esboçaram os critérios de acesso e acompanhamento de pessoas que demandavam por redesignação sexual. Inspirados nos protocolos utilizados com pacientes intersexos e referenciados nas especificidades da experiência transexual descritas por Harry Benjamin, em 1966, definiram como etapa primária do processo assistencial a avaliação psicológica dos candidatos às intervenções corporais, a fim de verificar a estabilidade de sua sensação de pertencimento ao sexo oposto e sua capacidade em estar adequado ao papel social do gênero com o qual se identifica, após a cirurgia de transgenitalização. Assim, para ser admitido em um programa assistencial e realizar intervenções sobre suas características sexuais, o paciente deveria comprovar junto à equipe médica seu *status* de “transexual verdadeiro”, isto é, demonstrar que atende aos padrões de comportamento do sexo com o qual se identifica e não ter qualquer ambivalência em relação à cirurgia genital, recurso fundamental para reestabelecer a coerência entre o corpo e o gênero. (MURTA, 2011)

A partir destas premissas e com o objetivo de inscrever as redesignações sexuais em um projeto terapêutico formal, em 1973 Norman Fisk fundamenta uma nosografia psiquiátrica para o transexualismo, ancorada fundamentalmente num autodiagnóstico, que, em 1977, foi incorporado à categoria psiquiátrica de *Disforia de Gênero*.² Com um propósito puramente funcional, esta denominação, que designa a insatisfação decorrente da discordância entre o sexo biológico e a identidade sexual de um indivíduo, passou a descrever a experiência transexual como uma

2 Esta categoria nosológica incluía, além desta condição, outras “enfermidades” ligadas à identidade de gênero.

condição médica cuja única possibilidade de tratamento seria a realização da cirurgia de conversão sexual e a utilização de hormônios.

Em 1980, a condição transexual foi agregada ao manual diagnóstico psiquiátrico DSM III e formalizou um lugar na psiquiatria e na medicina, além de legitimar os critérios diagnósticos e a descrição dessa desordem. Posteriormente, em 1994, com a publicação do DSM IV, o termo transexualismo foi substituído pelo termo *Transtorno de Identidade de Gênero* (TIG),³ que, apesar de ter sido realocado à categoria de Disforia de Gênero, na última versão do manual de diagnósticos psiquiátricos da APA, permanece como critério fundamental para a realização de modificações corporais do sexo, principalmente a cirurgia de transgenitalização, em pessoas que se identificam como transexuais. (DSM-IV-TR, 2002)

Diante do que foi exposto, é possível perceber que a categorização da transexualidade como entidade nosológica psiquiátrica e a definição de seu tratamento, como a adequação das características físicas à identidade de gênero daqueles que vivenciam esta experiência, está relacionada à necessidade de formalização da prática de modificações corporais do sexo, no século XX. O imperativo de estabelecer critérios seguros de acesso às técnicas de alteração das características sexuais e protocolos éticos de atenção que atendessem à “finalidade terapêutica” de restauração da coerência entre o sexo e o gênero e, portanto, da normalidade, tornaram a confirmação do diagnóstico de “transexualismo verdadeiro” condição para a realização de tais procedimentos e a prioridade da assistência à realização da cirurgia de redesignação do sexo.

Embora a concepção patologizada da transexualidade e a noção de correção do sexo como terapêutica indicada nesses casos tenham sido de grande importância para o acolhimento da demanda por modificações corporais do sexo de pessoas transexuais, e tenham institucionalizado esta prática de saúde, é possível afirmar que a permanência da referência psiquiatrizada e corretiva do atendimento de pessoas que vivenciam esta experiência tem se mostrado uma questão complexa. Se por um lado a compreensão da condição transexual como uma anormalidade garante o direito de transformar as características sexuais, sob a justificativa de que esta é uma necessidade médica e, nesse sentido, a redesignação do sexo tem um caráter de beneficência por promover a saúde e o bem-estar de transexuais, por outro, sua qualificação como uma doença, cujo diagnóstico é condição de acesso ao cuidado, e o propósito normalizador das intervenções médicas limitam os direitos de autodeterminação do gênero e de dispor do próprio corpo, dos sujeitos que se identificam como trans.

Assim, considerando o paradoxo de que, ao mesmo tempo em que a assistência a transexuais se constituiu como um benefício a esta população, o seu modelo patologizado e corretivo restringe o direito à atenção médica e a autonomia de pessoas trans, pretende-se aqui discutir o que está em jogo na disponibilização das tecnologias de modificação corporal do sexo para transexuais. A partir da análise crítica do paradigma normativo que norteia a compreensão da transexualidade como uma patologia e seu tratamento como a correção do sexo anatômico, objetiva-se problematizar o modelo atual de atenção e discutir os dilemas bioéticos que se colocam a partir da medicalização e normatização da experiência transexual.

3 Na Classificação Internacional de Doenças – 10ª versão (CID-10), o transexualismo está incluído entre os Transtornos de Identidade Sexual, junto ao travestismo e aos transtornos de identidade sexual na infância.

Sobre o paradigma normativo da transexualidade como transtorno psiquiátrico e do modelo correccional da atenção

Ao revisitar a história da transexualidade, é possível perceber que sua história científica e cultural está margeada tanto pelo surgimento de uma nova combinação entre sexo, gênero e sexualidade, como pelo avanço tecnológico que tornou viável a realização de modificações corporais do sexo. Se, por um lado, o reconhecimento da experiência transexual resultou de novas concepções sobre o sexo e da determinação de uma identidade de gênero para cada indivíduo, por outro tais inovações são efeito do avanço tecnológico alcançado nesse período, o que imprimiu um novo discurso sobre o sexo no campo médico e social.

Através do trabalho de Meyerowitz (2002), é possível verificar que a noção de sexo começou a mudar na primeira metade do século XX, a partir do debate público e científico sobre seus limites e características. O sexo deixou de ser apenas uma forma de categorizar mulheres e homens e passou a incluir em sua definição outros aspectos como traços, atitudes, comportamentos e práticas sexuais. Novas categorias, como sexo biológico, gênero e sexualidade, se constituíram e uma distinção entre sexo físico e sexo psicológico passou a justificar a diversidade de comportamentos e identificações de gênero cruzadas, e, posteriormente, a partir da noção de que o sexo psicológico seria imutável, tornou “aceitável” a demanda por alteração do sexo. Nesse sentido, como demonstra essa autora, a definição da transexualidade como categoria específica foi resultado de uma nova compreensão dos conceitos de sexo e gênero a partir de perspectivas inovadoras sobre a determinação e diferença entre os sexos e de crescentes discussões sobre as bases biológicas e sociais do gênero e da sexualidade.

Tomando como ponto de partida a viabilidade técnica para alteração das características sexuais no século passado, Bernice Hausman (1995) afirma que o desenvolvimento das tecnologias médicas teve um papel fundamental para que a mudança de sexo se tornasse uma medida terapêutica para transexuais. Em suas análises, destaca a compreensão de que o reconhecimento da transexualidade e, conseqüentemente, da demanda por redesignação sexual se desenvolveu na dialética entre a viabilidade tecnológica e a padronização de um discurso que fixa uma identidade de gênero para cada sexo, o que tornou essa condição estável e uma questão médica. Portanto, atrela a emergência da categoria transexual à associação entre o desenvolvimento da tecnologia médica e a interpretação da incoerência entre sexo biológico e identidade de gênero como uma desordem.

Embora os avanços científicos e mudanças culturais tenham sido fundamentais para o reconhecimento da vivência transexual e sua apropriação médica, a psiquiatrização desta condição e a consolidação do modelo corretivo de seu tratamento estão relacionadas também à normatividade sexual constituída na Modernidade. Ainda que o reconhecimento formal da transexualidade coincida com a separação entre sexo físico e psicológico e com as condições técnicas para a alteração da anatomia, sua formalização como uma patologia e a recomendação de redesignação do sexo, nesses casos, notadamente estão atreladas às práticas discursivas, fundamentadas em um dimorfismo sexual no qual o sexo seria natural e o gênero construído socialmente, que fixaram modelos de identidade nos quais se pressupõe uma coerência entre estes dois aspectos.

Ao retomar historicamente as noções de sexo, gênero e identidade, é possível afirmar, com base em Foucault (1988), que o sexo não é um fenômeno natural, nem um atributo do corpo, mas sim um dispositivo resultado de regulações sociais e culturais, que tem como consequências o estabelecimento de parâmetros de normalidade e a instituição de categorias para definir as identidades sexuais. As significativas mudanças na concepção da diferença sexual que aconteceram na Modernidade permitem perceber que o modelo essencialista da diferença sexual diz respeito a uma construção cuja consequência foi a instauração de uma matriz binária heterossexual e reprodutiva, que impõe, de forma correlata, o alinhamento entre a anatomia e a identidade de gênero.

Na atualidade, essa compreensão naturalizada de uma continuidade imediata entre sexo e gênero vem sendo largamente problematizada por alguns autores, como a filósofa estadunidense Judith Butler, a partir de uma crítica a esse modelo binário heterossexual e à concepção de uma identidade estável. Nesse panorama, o que está em pauta é uma discussão a respeito da distinção fundamental entre sexo-biológico e gênero-cultural e, conseqüentemente, da normatividade própria às matrizes de gênero.

Segundo Butler (1993, 2003), ainda que a morfologia dos sexos remeta a uma binaridade, o gênero não deve ser reconhecido dessa mesma maneira ou como um simples reflexo do sexo anatômico, pois isto o torna tão fixo e pré-determinado quanto os aspectos biológicos. Fundamentada no pensamento de Foucault, critica a ideia de sexo como um predicado natural, considerando a importância de se questionar a atribuição de um caráter imutável ao mesmo. A autora não trata o sexo como algo pré-discursivo que é interpretado culturalmente e sobre o qual se constrói artificialmente o gênero, mas como algo produzido e tão construído quanto este último, resultado de uma norma cultural reiterada continuamente, que serve para estabilizá-lo.⁴ Nessa perspectiva, sexo e gênero seriam efeitos de práticas reguladoras que, ao materializar os sistemas de sexo-gênero, constituem e mantêm identidades inteligíveis, isto é, identidades que conservam relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo a partir de determinadas normas de gênero. Portanto, para a autora, são as práticas humanas que tornam possíveis espectros de descontinuidade e incoerência em relação às normas existentes, viabilizando um território de exclusão e a noção de que há um “verdadeiro sexo”.⁵

A partir deste raciocínio, onde a sujeição a regulações sociais e a coerência entre sexo e gênero constituem subjetividades e governam a inteligibilidade social, é possível pensar que a descrição de uma experiência de não pertencimento ao sexo biológico, tal como a transexuali-

4 Outro aspecto que Butler introduz é a noção de performatividade de gênero, pensando as normas reguladoras do sexo trabalhando de um modo performativo para constituir a materialidade dos corpos e, mais especificamente, para materializar o sexo destes, para materializar a diferença sexual a serviço da consolidação do imperativo heterossexual. A compreensão da performatividade não é como um ato pelo qual o sujeito se torna o que ele/ela nomeia, mas como este reiterativo poder do discurso para produzir o fenômeno que regula e obriga.

5 Segundo Foucault (2004), as teorias biológicas da sexualidade, as condições jurídicas do indivíduo e as formas de controle administrativo dos Estados modernos do século XVIII promoveram uma gradual recusa da ideia de mistura dos dois sexos em um só corpo e restringiram a livre escolha pela identidade sexual daqueles indivíduos que apresentavam algum tipo de ambigüidade, por entender que “as fantasmagorias da natureza podem servir aos abusos da libertinagem”. (FOUCAULT, 2004, p. 3) Nesse sentido, passou a existir uma exigência de definição sexual com base na natureza, na qual a Medicina tinha a função moral de diagnosticar o único e verdadeiro sexo dos indivíduos, principalmente quando o mesmo estava encoberto pelas formas do sexo oposto ou sob aparência confusa, tal como a hermafrodita Herculine Barbin.

dade, está excluída do território de inteligibilidade. Por não se enquadrar em nenhum dos dois modelos vigentes de identidade sexual, esta vivência seria o que Butler definiu como *abjeto*⁶ e, nesse sentido, sua definição como uma patologia se constituiu como a possibilidade de deslocá-la do campo do impensável e incluí-la na inteligibilidade cultural, de modo que a mesma pudesse ser reconhecida, adquirir materialidade,⁷ ainda que sob o signo da doença. (MURTA, 2007)

Considerando que a compreensão da transexualidade como uma desordem psiquiátrica resulta de práticas reguladoras e que o acolhimento da demanda por modificação corporal do sexo se constituiu como um dispositivo de adequação dos corpos à normatividade sexual, é possível concluir que a medicalização da experiência transexual é uma atualização das normas de gênero, que tem influência sobre o modelo atual de atenção. Inseridas em uma lógica normativa, na qual a identidade de gênero deve corresponder à anatomia, as práticas de saúde dirigidas a pessoas trans reiteram a significação da transexualidade como uma patologia e, nesse sentido, exigem para o acolhimento do sujeito que este se submeta a avaliações e tenha como demanda principal a correção de seu sexo. Caso o diagnóstico de “transexualismo verdadeiro” não se confirme e/ou o desejo de restauração da normalidade não esteja evidente, as modificações corporais do sexo, ou pelo menos sua disponibilização de forma segura, são negadas, restando àqueles que demandam por elas permanecer vulneráveis aos efeitos nocivos da exclusão da assistência formal.

Paradoxos da patologização da transexualidade e o acesso às práticas de modificações corporais do sexo

Embora a compreensão da transexualidade como condição médica tenha possibilitado o reconhecimento das pessoas que vivenciam esta experiência e consolidado a atenção a este segmento, sob o argumento da beneficência promovida pela adequação do sexo ao gênero, é possível observar que a patologização da condição transexual e o imperativo de correção do corpo para aqueles que desejam realizar modificações corporais do sexo têm implicações sobre as condições de acesso à assistência. Referenciada na naturalização de que deve haver uma coerência entre sexo e gênero e disponibilizada com o propósito de restauração da normalidade, esta prática de cuidado está restrita àqueles que pretendem se alinhar à normatividade sexual. Nesse sentido, tornou-se uma condição para tal a avaliação psicológica prévia daqueles que desejam se submeter às tecnologias de modificação corporal do sexo, a fim de verificar a

6 Em sua argumentação, Butler relaciona o processo de assumir um sexo com a questão da identificação e com os efeitos do imperativo heterossexual no discurso, isto é, como esta força permite algumas identificações sexuadas que determinam a constituição do sujeito e forçá-las e/ou nega outras, compondo uma matriz de exclusão. Afirma, assim, que há uma restrição subjetiva relacionada à matriz cultural na construção da subjetividade que proporciona a formação de um domínio exterior no qual estão incluídos aqueles que não são sujeitos, ou melhor, que são abjetos. Estes, por sua vez, formam o exterior constitutivo para o domínio do sujeito, um exterior abjetado, que está “dentro” do sujeito como seu próprio repúdio fundador. (BUTLER, 1993, p. 3) Deste modo, em seu entendimento, a constituição do sujeito se faz a partir de um repúdio que produz um domínio de abjeção e proporciona a “identificação com o fantasma normativo do sexo”.

7 O termo original em inglês é “*matter*”, que pode ser traduzido para a língua portuguesa como os substantivos matéria e substância, ou como os verbos importar e significar. Butler utiliza esse termo como ferramenta no debate sobre a materialidade e importância daquilo que está excluído da inteligibilidade cultural.

estabilidade de sua identificação com o sexo oposto e a existência do desejo de reestabelecer a coerência entre sua anatomia e sua identidade sexual.

Ainda que para muitos estudiosos e profissionais, que atuam na assistência direta, a avaliação psiquiátrico-psicológica de pessoas trans seja uma importante ferramenta para proteção dos pacientes que demandam intervenções sobre suas características sexuais e prevenção de agravos a sua saúde física e mental, decorrentes das transformações corporais, a necessidade de confirmação diagnóstica tem sido alvo de críticas na atualidade. Para além da problematização do potencial estigmatizante e discriminatório do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero, ativistas trans e acadêmicos têm defendido a ideia de que a imposição de um exame para acessar as tecnologias médicas limita a autonomia do sujeito, interferindo em seus direitos de autodeterminação do gênero, de dispor sobre seu corpo.

No que se refere à discussão sobre a definição da condição transexual como um transtorno, é possível observar que, segundo a Rede Internacional pela Despatologização Trans (2009),⁸ a psiquiatrização da transexualidade reflete uma confusão entre identidades e corpos não normativos com uma condição patológica dos mesmos. Em sua argumentação, a classificação médica dessa vivência reproduz um paradigma binário dos sexos que pressupõe um sofrimento mental em função do desacordo entre sexo e gênero. Nessa perspectiva, o diagnóstico de transexualismo é uma definição absolutamente problemática, pois, ao mesmo tempo em que patologiza a identidade de gênero de pessoas trans, torna invisível a violência social a que estão submetidos aqueles que não estão adequados às normas de gênero e, conseqüentemente, vela a transfobia inerente a esse diagnóstico.

No tocante ao caráter de controle e normalização dos procedimentos atuais de atenção aos sujeitos que vivenciam a transexualidade, o debate está centrado na necessidade de uma avaliação psiquiátrica e no acompanhamento regular de candidatos à modificação corporal do sexo, que impõe uma adaptação a modelos tradicionais de masculinidade e feminilidade. Isto, além de excluir a diversidade dessa experiência, revela uma obstrução ao direito à autodeterminação. Nesse sentido, o que está em pauta é o direito de acesso aos serviços de saúde e à modificação do nome e sexo no registro civil independente de qualquer avaliação médica ou alteração das características sexuais e a reformulação dos programas assistenciais destinados a essa população.⁹

Vale destacar que nessa discussão relativa ao direito à autodeterminação, além da forte influência do pensamento acadêmico, que faz uma crítica ao sistema binário e normativo, a crítica coincide com os argumentos utilizados no campo dos direitos humanos, que reafirma o direito à livre expressão das identidades de gênero e defende a despatologização da transexualidade. Como demonstra Suess (2010, p. 38), em consonância com declarações, como os Princípios de Yogyakarta (2007) e o Informe Direitos Humanos e Identidade de Gênero, de Thomas Hammarberg (2009), entre outros, a definição da transexualidade como um transtorno mental

8 O manifesto da Rede Internacional de Despatologização Trans também contempla questões relacionadas à retificação do sexo em condições intersexuais.

9 Outras demandas incluídas no manifesto são: a garantia de acesso ao trabalho e a execução de políticas específicas que combatam a marginalização e discriminação desse grupo, a concessão de asilo político a pessoas trans imigradas em função de situações de extrema violência em seus países de origem e o fim da transfobia.

é identificada como um obstáculo ao exercício dos direitos humanos, como o direito de acesso à saúde sem discriminação por identidade de gênero ou orientação sexual.

Nessa referência, a identidade de gênero é concebida como um direito humano, de modo que avaliações psiquiátricas e a realização de procedimentos cirúrgicos para alteração do sexo como condições de acesso à saúde e para o reconhecimento legal da identidade de gênero são consideradas violações ao direito à integridade corporal e à dignidade pessoal.

Nos Fóruns de Bioética (DINIZ; GUILHEM, 2002; DINIZ; CORRÊA, 2001), a questão da autonomia tem sido pensada a partir da necessidade constante de se considerar as possibilidades sociais, éticas e políticas de seu exercício. É possível concluir então, que, no debate sobre as condições de acesso de transexuais às práticas de modificações corporais do sexo, o que está em jogo é o reconhecimento da diversidade da experiência trans e o direito à livre expressão do gênero. O acolhimento da demanda de alteração das características sexuais a partir de um modelo estritamente biomédico, que desconsidera os aspectos normativos que estão envolvidos na obrigatoriedade de autorização profissional para a realização de procedimentos deste tipo, viola direitos fundamentais como o livre acesso à saúde e não reconhece homens e mulheres transexuais como responsáveis por seus corpos.

Nessa perspectiva, parece que o desafio para uma assistência a transexuais é mais amplo que a retirada do Transtorno de Identidade de Gênero dos manuais diagnósticos psiquiátricos (MISSÉ; COLL-PLANÁS, 2010) ou sua inclusão em outra categoria nosológica; trata-se de assegurar as condições necessárias para o exercício da autonomia destes sujeitos, de modo que os mesmos possam se posicionar ativamente em seu tratamento, ultrapassando, em muito, a perspectiva de que são objetos de avaliação e intervenção médica. Se em um primeiro momento o dilema para a regulamentação do acesso ou, em termos bioéticos, o conflito moral para a disponibilização das tecnologias de modificação corporal do sexo era definir quem estava apto ou não a se beneficiar deste dispositivo, na atualidade o que está em jogo é o cuidado. Em outras palavras, o respeito à dignidade, à livre expressão do gênero e o reconhecimento de que essa experiência é uma entre as múltiplas possibilidades legítimas que a vida humana apresenta.

Referências

ARAN, M.; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009.

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

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. *Bodies that Matter: On the discursive limits of "sex"*. New York: Routledge, 1993.

- CASTEL, Pierre Henri. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia de “fenômeno transexual” (1910-1995). *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 21, n. 41, p. 77-111, 2001.
- DINIZ, Débora; CORRÊA, Marilena. Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 679-688, 2001.
- DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. *O que é Bioética?*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2002.
- FISK, N. Gender dysphoria syndrome: The how, what, and why of a disease. In: LAUB, D.; GANDY, P. (Ed.). *Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome*. Palo Alto: Stanford University Press, 1973. p. 7-14.
- FOUCAULT, M. O verdadeiro sexo. In: _____. *Ditos e escritos V: ética, sexualidade e política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p. 82-91.
- _____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- FRIGNET, H. *O transexualismo*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2002.
- HAMMARBERG, T. *Human rights and gender identity*. Strasbourg: Council of Europe, 2009. Disponível em: <<https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=1476365>>. Acesso em: dez. 2010.
- HAUSMAN, B. *Changing Sex: transsexualism, technology and the idea of gender*. Durham: Duke University Press, 1995.
- LOBATO, Maria Inês et al. Transexualismo: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 11-12, p. 379-388, 2001.
- MANUAL Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Trad. Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- MEYEROWITZ, J. *How sex changed: a history of transsexuality in the United States*. Cambridge: Harvard University Press, 2002.
- MISSÉ, M.; COLL-PLANAS, G. La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. *Norte de salud mental*, v. 8, n. 38, p. 44-55, 2010. Disponível em: <<http://antigua.ome-aen.org/norte/38/44-55%20corr.pdf>>. Acesso em: dez. 2010.
- MURTA, D. *Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil*. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2011.
- _____. *A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero sobre as práticas de saúde*. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007.
- PRINCÍPIOS de yogyakarta. *Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero*. 2007. Disponível em: <http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: nov. 2009.

REDE INTERNACIONAL PELA DESPATOLOGIZAÇÃO TRANS. *Manifesto...* 2009. Disponível em: <<http://www.stp2012.info/old/pt/manifesto>>. Acesso em: nov. 2009.

SUESS, A. Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos em diferentes campos sociales. In: MISSÉ, M.; COLL-PLANAS, G. (Ed.). *El género desordenado: críticas em torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Editorial Egales, 2010. p. 29-54.

O dispositivo “testo”: biopolítica e práticas de si nas experiências de hormonização nos homens transexuais

Fátima Lima

Apresentação

O presente texto propõe refletir sobre os processos de hormonização – o uso de fármacos à base de testosterona¹ nas experiências vivenciadas pelos homens transexuais.² Tem como ponto central a construção de masculinidades³ na interação entre os processos de hormonização

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

2 Adoto, neste texto, termos como homens transexuais e/ou transexuais masculinos para os sujeitos designados biologicamente como “fêmeas”, mas que se veem e se percebem enquanto homens, onde o termo (FtM – female to male) tem uso corriqueiro para assinalar a multiplicidade destes processos. Essa decisão consiste em reafirmar os modos de subjetivação e os processos singulares que são expressos a partir da fala dos diferentes sujeitos. Tal escolha denota uma posição de gênero, cujos termos homens e masculino assinalam um devir que perfaz as discussões sobre os homens transexuais. Outro fato que necessita ser ressaltado refere-se ao uso do termo transexual independente dos sujeitos terem realizado ou não vários procedimentos médicos e o que se denomina a cirurgia de transgenitalização. Nesse sentido, a noção do que vem a ser a transexualidade parte das próprias narrativas dos sujeitos.

3 As discussões sobre a masculinidade retomam a ideia de que a mesma constitui um construto histórico e cultural. Retomando os estudos dos anos de 1990 sobre masculinidades (*Men`s Studies*), pluraliza-se a ideia de masculinidade. No entanto, também avançamos na medida em que entendemos que a construção das masculinidades excede o corpo biológico no sentido da sua designação anatômica e ganha potência em qualquer corpo. (HALBERSTAM; 2008; BOURCIER, 2008) Assim, podemos falar em masculinidades femininas, masculinidades transexuais etc.

e os modos de subjetivação nas experiências transexuais. Toma como contexto a biopolítica contemporânea, marcada por processos discursivos e práticos que tem nos assujeitamentos dos corpos, na captura dos desejos e na constante produção, caracterização e medicalização dos corpos e desejos, características relevantes.

As reflexões aqui tecidas retomam a tese de doutorado *A construção do Dispositivo da Transexualidade: saberes, tessituras e singularidades nas experiências trans* (LIMA, 2011), atualizando tanto as discussões conceituais quanto as interlocuções com os informantes.⁴ Assim, foram realizadas no primeiro semestre de 2013 quatro conversas com homens transexuais na cidade do Rio de Janeiro, onde o ponto central foi o processo de hormonização. No universo múltiplo das experiências de transexualidades masculinas, o recorte empírico é delimitado: homens transexuais que se encontram envolvidos com serviços de saúde (públicos e/ou privados) e que se encontram fazendo uso do hormônio testosterona.⁵ Utilizou-se o termo de livre consentimento e tanto os nomes ou quaisquer referências que possam identificar os entrevistados foram modificadas e/ou suprimidas, com a finalidade de preservar os interlocutores.

O hormônio “masculino”⁶ conhecido como testosterona assume nas reflexões presentes a dimensão de dispositivo – o dispositivo “testo”. Retomando as discussões foucaultianas sobre os diferentes dispositivos de controle e resistências (FOUCAULT, 2002; DELEUZE, 1990, AGAMBEN, 2005), os mesmos são entendidos como mecanismos complexos, compostos por discursos e/ou práticas (o dito e o não dito, elementos linguísticos e não linguísticos), heterogêneos, multilineares, historicamente produzidos e com uma função estratégica que coaduna saberes e poder. Produzem-se e funcionam como uma maquinaria que captura em suas engrenagens sujeitos e corpos de forma plural, heterogênea e difusa. Não se constituem enquanto um elemento fechado, mas como um conjunto de diferentes linearidades que se articulam e rearticulam constantemente, conservando, no seu interior, a característica das tensões. É, por excelência, contraditório, pois desvela o jogo paradoxal que se estabelece entre sujeitos e normas, revelando as “sedimentações” e as “fissuras” constituintes nos modos de subjetivação.

Assim, toma-se a ideia de que a testosterona foi e é produzida num âmbito de dispositivos maiores, como os processos de medicalização, onde a descoberta e uso dos hormônios tem papel importante. Os hormônios, de uma maneira geral, destacam-se, pela capacidade de produzir discursos e práticas, revelando um mecanismo potente de controle dos corpos e sexualidades.

4 Utilizo apenas o relato de um homem transexual, que consegui realizar durante a coleta de dados para a tese de doutoramento. Os demais relatos fazem parte de um conjunto de conversas recentes com alguns homens transexuais, na cidade do Rio de Janeiro.

5 Ressalto que muitos dos meus informantes, mesmo fazendo parte de um serviço público de atendimento a transexuais, acionavam de alguma maneira algumas/outras ofertas privadas, principalmente no que se refere ao acompanhamento da endocrinologia no processo de hormonização. Salienta-se ainda, no âmbito desta discussão, que aqui não se encontra presente um universo considerável de homens transexuais que fazem uso da testosterona, sem estar vinculado a nenhum serviço público e/ou privado.

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

Esta dimensão tem sido experienciada pelos homens transexuais, revelando desde transformações físicas até processos subjetivos:

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

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

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

Vale destacar que no âmbito dos próprios dispositivos encontram-se resistências. Estas não são produzidas fora dos mecanismos de poder e assujeitamentos, mas compõem um exterior constitutivo que reitera a todo instante a norma. Entendendo os dispositivos como processos complexos nos modos de subjetivação, Agamben (2005, p. 14) retomando a discussão do que vem a ser o dispositivo no pensamento de Michel Foucault, relaciona-o às ideias de “sacrifício” e “profanação”, onde “na raiz de cada dispositivo está [...] um desejo demasiadamente humano de felicidade, e a captura e subjetivação deste desejo em uma esfera separada constitui a potência específica do dispositivo”. Partindo desta análise, destaca a dimensão de profanação nos dispositivos sendo “o contradispositivo que restitui ao uso comum aquilo que o sacrifício havia separado e dividido”. (AGAMBEN, 2005, p. 14)

Ressalta-se, porém, que as performatividades de gênero nas transexualidades masculinas não têm uma relação direta e causal com o uso dos hormônios, no entanto, é possível perceber que o uso dos mesmos constitui um dispositivo potente nos diferentes modos de subjetivação que perfaz as experiências nos homens transexuais, onde “pode-se, com efeito, falar de processos de subjetivação quando se considera as diversas maneiras pelas quais os indivíduos ou as coletividades se constituem como sujeitos: tais processos só valem na medida em que, quando acontecem, escapam tanto aos saberes constituídos como aos poderes dominantes”. (DELEUZE, 1992, p. 217) Por dentro do dispositivo “testo”, nos seus interstícios, a aposta é nas resistências.

Partindo deste contexto discursivo, o objetivo é pensar os processos de hormonização no âmbito do que podemos chamar da biopolítica e do biocapitalismo contemporâneo, onde, entre suas características principais, encontra-se a potente circulação de fármacos que acabam por produzir um conjunto de discursos e práticas que arrastam sujeitos e criam novas/outras formas de existência. Beatriz Preciado (2008) tem discutido esta nova governamentalidade a partir dos conceitos de sexopolítica⁷ e biocapitalismo, onde

[...] parece possível desenhar uma cronologia das transformações da produção industrial do último século do ponto de vista do que se con-

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

verteu progressivamente no negócio do novo milênio: a gestão política e técnica do corpo, do sexo e da sexualidade. Dito de outro modo, faz-se pertinente hoje levar a cabo uma análise sexopolítica da economia mundial. (PRECIADO, 2008, p. 26)

Neste contexto, a autora designa o capitalismo farmacopornográfico como uma

[...] nova era em que o melhor negócio é a produção da espécie mesma, de sua alma e de seu corpo, de seus desejos e afetos. O biocapitalismo contemporâneo não produz ‘nada’, exceto a própria espécie. Apesar de que estamos acostumados a falar de sociedade de consumo, os objetos que consumimos são o confete sólido de uma produção virtual psicotóxica. Consumimos ar, sonhos, identidade, relação, alma. Este novo capitalismo farmacopornográfico funciona na realidade graças à gestão biomédica da subjetividade, através de seu controle molecular e da produção de conexões audiovisuais. (PRECIADO, 2008, p. 44)

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

A produção das transexualidades masculinas

Falar especificamente sobre as transexualidades masculinas ou sobre os homens transexuais é uma tarefa por se fazer nos contextos de produção do conhecimento brasileiro. Sem dúvida, a maioria das reflexões, dissertações, teses e artigos tem se debruçado sobre as “travestilidades” e, principalmente, sobre as mulheres transexuais cujas visibilidades em diferentes contextos constituíram características importantes. Destaca-se, porém, que nos últimos anos tem crescido a visibilidade dos homens transexuais, que passaram a ocupar diferentes espaços, expressos através do aumento considerável na procura aos serviços de saúde especializados,⁸ até nas redes sociais e midiáticas.⁹

As construções do que se designam como FtM (female to male) ou os homens transexuais devem ser entendidas num conjunto de forças que forjou o que se convencionou chamar transexualidade. Este processo deve ser compreendido na transição do século XIX para o século XX,

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

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

onde os corpos e sexualidades sofreram processos intensos de medicalização, consequência do que Foucault (1997) designou como a “ciência sexual”. Neste contexto, o poder disciplinar atuou, num primeiro momento, sobre os corpos individuais e coletivos, adestrando-os e, posteriormente, a partir de um acoplamento de poder que terá no controle da população o elemento principal de exercício da governamentalidade – a biopolítica.

Neste conjunto de saberes e, conseqüentemente, de poderes, diferentes campos discursivos e práticos contribuíram para o delineamento do que viria a se concretizar na primeira metade do século XX como “transexualismo”. Nesta seara destacam-se domínios como a medicina, principalmente a psiquiatria, o direito, a pedagogia, a sociologia, a psicologia, a psicanálise, entre outros, que tomaram as expressões corporais, a multiplicidade das sexualidades e as performatividades de gênero como “objeto” privilegiado de discursos e práticas.

Assiste-se assim, nessa segunda metade ou neste último terço do século XIX, ao que poderíamos chamar de consolidação das excentricidades em síndromes bem especificadas, autônomas e reconhecíveis. É assim que a paisagem da psiquiatria vai ser animada por toda uma gente que é, para ela, nesse momento, totalmente nova: a população dessas pessoas que não apresentam sintomas de uma doença, mas síndromes em si mesmas anormais, excentricidades consolidadas em anomalias. (FOUCAULT, 2011, p. 271-272)

Nesse cenário, se estruturou “um campo das perversões em que a Medicina, no tocante a uns, denunciava rapidamente o perigo social, e, no tocante a outros, pretendia ser mais compreensiva do que a justiça; somente o especialista acreditava possuir o saber que permitia efetuar essas distinções”. (LANTERI-LAURA, 1994, p. 45) Essa discussão é fundamental na compreensão da transexualidade, principalmente a relação que o campo da Medicina estabeleceu com o fenômeno, transformando-se no espaço consolidado e reconhecido para falar e agir sobre a mesma.

Sem dúvida, o mecanismo exercido pela psiquiatria tornou-se, em aliança com outros domínios de saberes, espaços produtores de regimes de verdade. De uma forma geral, alguns elementos destacam-se na construção da transexualidade: 1) as discussões e investigações em torno da intersexualidade: foi a partir de inúmeros casos e intervenções clínicas com indivíduos intersexuais, que a clínica da transexualidade começou a ser definida e especificada; 2) os estudos da Sexologia, principalmente no *ethos* alemão, na passagem do século XIX para o século XX: os trabalhos desenvolvidos, nessa fase, foram fundamentais na despatologização da homossexualidade e na contribuição da construção da ideia de transexualidade, na medida em que possibilitaram uma leitura da sexualidade, principalmente das “homossexualidades”; 3) A obra de Hirschfeld, *Die travestiten*, publicada em 1910, onde se encontra a primeira referência ao termo transexual; 4) a consolidação, a partir do final da Segunda Guerra Mundial, da definição e explicações sobre a transexualidade: o termo “Transexualismo” foi cunhado, inicialmente, por Cauldwell, em 1949, através do artigo *Psychopatia transexualis* (CASTEL, 2001; ARÁN, 2006); 5) a documentação e a publicização, em 1952, da primeira cirurgia para adequação do sexo na cidade de *Copenhague* – Dinamarca: o ex-soldado americano *Georges Jorgensen* passava a ser *Cristine*, o marco da transexualidade enquanto um fenômeno para além dos espaços medicalizados e

dos meios científicos (FRIGNET, 2002; RAMSEY, 1998; VIEIRA, 1996; CASTEL, 2001; CHILLAND, 2003); e 6) as pesquisas e trabalhos de Harry Benjamin (1966), médico endocrinologista importante, que publicou em 1953 a obra *O Fenômeno Transexual: John Money* (1969; MONEY; TUCKE, 1981) e Robert Stoller (1969; 1982) foram fundamentais no delineamento das transexualidades como um objeto com diagnóstico próprio – um transtorno e/ou uma disforia de gênero – e uma condução terapêutica que passava pelos processos de hormonização e intervenções cirúrgicas.

Estes acontecimentos, entre outros, foram de suma relevância para a transição e consolidação da transexualidade durante a segunda metade do século XX, não como uma perversão, mas como uma “patologia” que demandava um saber e uma intervenção específica. Em 1983, a transexualidade (entendida enquanto uma disforia de gênero) passa a fazer parte do Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM). A partir de então, as multiplicidades das experiências transexuais têm sido hegemonicamente escritas sob o signo do diagnóstico psiquiátrico – o F.64x, denominado transtorno de identidade de gênero. No atual DSM – a quinta versão –, a transexualidade passou a ser entendida como uma disforia de gênero. Essa mudança provocou opiniões divergentes: de um lado os que a entendiam como uma despatologização, na medida em que a retirou da categoria “transtorno”; e, do outro lado, os que entendiam que a patologização continuava a partir de outro descritor. O que é importante salientar é que estes movimentos têm, cada vez mais, despotencializado as singularidades transexuais. O uso do hormônio testosterona encontra-se no âmbito desta maquinaria, onde sua administração passou a ser uma condição *sine qua non* nos processos de construções das masculinidades transexuais.

Tecnologias de gênero e médicas

A emergência do dispositivo da transexualidade, na 1ª metade do século XX, entre outras coisas, encontra-se ancorada no desenvolvimento da endocrinologia e da cirurgia plástica como práticas discursivas e tecnológicas. Neste contexto, a relação gênero/tecnologia constitui um elemento analítico importante, entendendo os gêneros como performativos e as tecnologias como produções discursivas e práticas que têm sobre estes uma importância considerável.

Teresa De Lauretis (1987) trouxe para o âmbito das teorias feministas contribuições pertinentes, ao incorporar a categoria tecnologia nas discussões de gênero. Partindo da ideia de Foucault de que a sexualidade e o sexo são uma complexa tecnologia política, a autora ressalta que a sexualidade pode ser vista, entre outras coisas, como uma tecnologia sexual e o gênero – entendido enquanto representação e autorrepresentação –, produto de diferentes tecnologias sociais, como o cinema, de discursos, epistemologias e práticas críticas institucionalizadas, e das práticas da vida cotidiana.

Apesar de entender que os gêneros não constituem “representações e autorrepresentações”, mas processos discursivos e práticos (performativos) que, na relação com a matriz da inteligibilidade cultural (a heteronormatividade), produzem as materialidades dos corpos e, consequentemente, sua inteligibilidade cultural (BUTLER, 1993, 2003), sem dúvida, das contribuições que Teresa De Lauretis trouxe para o campo dos estudos de gênero, corpos e sexualidades, destaco a relevância da relação tecnologia/gênero.

É no âmbito desta relação que podemos pensar tecnologias específicas, como o cinema e as tecnologias médicas. Esta última assume, na construção do dispositivo da sexualidade, um papel fundamental na produção de corpos e modos de subjetivação. Hausman (1995) destaca que é impossível entender o fenômeno da transexualidade sem relacioná-lo às transformações tecnológicas, principalmente os avanços no campo da endocrinologia. Nesse contexto, a tecnologia médica foi o ponto central para o estabelecimento das condições necessárias para a emergência e consolidação da transexualidade, sendo impossível dissociar seu entendimento dos suportes tecnológicos e dos discursos e práticas médicas. Mas não foi apenas o campo da endocrinologia que teve relevância do ponto de vista tecnológico; outros territórios foram fundamentais neste processo, como o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, principalmente as técnicas reconstrutoras, onde os corpos dos soldados da guerra foram o espaço privilegiado de intervenção.

Arán e Murta (2009, p. 26), resgatando as ideias de *Bernice Hausman*, dispõem que, segundo a autora,

A emergência da transexualidade na metade do século XX estaria diretamente associada ao desenvolvimento da tecnologia, particularmente da Endocrinologia e da cirurgia plástica. Para a autora, embora pareça evidente, a relação entre tecnologia médica, prática médica e o advento da possibilidade de mudança de sexo não estaria sendo suficientemente destacada nos estudos de gênero, os quais, na sua concepção, entendem a transexualidade como uma inadequação entre sexo e gênero. De acordo com seu argumento, o que define a experiência transexual é menos a percepção dessa incoerência e mais a necessária e fundamental relação conceitual e material desses sujeitos com o discurso e a prática médica. A partir dessa concepção, transexuais só adquirem reconhecimento no momento em que procuram o tratamento, sendo que sua posição subjetiva dependeria de uma relação necessária com a definição médica e seu discurso.

Independente das críticas que Hausman (1995) faz à ausência da relevância das análises sobre tecnologia na compreensão das transexualidades nos estudos de gênero, não há dúvidas de que o desenvolvimento da endocrinologia e concomitantemente das cirurgias plásticas representaram uma mudança nos rumos que a transexualidade passaria a configurar a partir de então.

É interessante não perder de vista neste debate a ideia de que a tecnologia é também um processo discursivo e prático sobre corpos e subjetividades, ou seja, as diferentes tecnologias assumem potência de dispositivos, historicamente produzidos, complexos e heterogêneos que funcionam, apesar de seu caráter de independência, retroalimentando outros dispositivos de controle e assujeitamentos, fazendo a máxima incitação/controlar funcionar com potência.

O fabuloso(?) mundo dos hormônios

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

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

A descoberta e o uso dos hormônios foram extremamente relevantes e decisivos na invenção da transexualidade. No início do século XX, passou a vigorar toda uma discussão acerca da descoberta dos hormônios e de sua relação com a sexualidade humana, transformando-os em objeto de estudo e as denominadas “anomalias hormonais” em espaço de intervenções terapêuticas.

Apesar do campo da Endocrinologia se desenvolver tardiamente (apenas no final no século XIX e primeiras décadas do século XX), sua relevância foi grande na medida em que contribuiu para o desenvolvimento de uma visão da Medicina que privilegiava um funcionamento idealizado (anátomo-fisiológico) do corpo humano regulado por secreções, relacionando-as às questões de composições subjetivas como a personalidade e os comportamentos sociais.

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

Esse quadro começou a mudar a partir dos anos de 1920 e, principalmente, de 1930, onde as investigações e descobertas científicas mudaram consideravelmente os rumos da endocrinologia com a sintetização de diferentes hormônios. Diversas teorias emergiram na tentativa de relacionar e explicar o fenômeno da transexualidade tendo sua origem na questão hormonal e desenvolvimento cerebral.

Hausman (1995) destaca que entre os anos de 1920 e 1950 uma série de artigos sobre a endocrinologia e sua relação com o comportamento humano foram escritos tanto por médicos como por jornalistas que se habilitavam nas incursões no campo médico. Nesse período, a publicação e popularização de inúmeras teses garantiram o acesso a este aparato discursivo e médico. Os avanços, nesse campo, ganharam importância não apenas no âmbito médico, mas ocuparam o tecido social através de revistas e publicidade que divulgavam as descobertas e maravilhas do mundo dos hormônios. Esses discursos e investigações acabaram por desenvolver uma relação com as construções de gênero.

Na medida em que as pesquisas avançavam, entre os anos de 1930 e 1950, a partir da sintetização cada vez maior dos hormônios, principalmente os hormônios sexuais, desenvolveu-se uma crescente indústria química e biomolecular. “O estrogênio e a progesterona, bases moleculares da produção da pílula anticoncepcional” foram, “desde sua invenção em 1951, as substâncias mais fabricadas pela indústria farmacêutica mundial, convertendo-se, assim, nas

moléculas sintéticas mais utilizadas de toda história da medicina”. (PRECIADO, 2008, p. 126) Em 1946, foi inventada a primeira pílula à base de estrógenos sintéticos; em 1947, o laboratório *Eli Lilly* começou a comercializar a metadona; os *lifting* e diversas intervenções estéticas começaram a se tornar consumo de massas, em 1953; em 1958, ocorreu a primeira faloplastia na Rússia; em 1960, são produzidos os primeiros antidepressivos e drogas sedativas, anestésicas e hipnóticas, entre outros. A partir dos anos de 1970, esse investimento capitalístico e tecnológico sobre os corpos aumentou consideravelmente.

É neste contexto que a descoberta e o uso de hormônios nas experiências de transexualidades tornam-se um elemento importante. Por vezes, as discussões acerca dos hormônios voltam a afirmar um determinismo biológico, reforçando a relação dos hormônios com a sexualidade. “Graças aos hormônios, a anormalidade das condutas e dos sentimentos torna-se uma questão de dosagem sanguínea. Retificar essas dosagens é econômico, causalmente eficaz, e deixa de fora do campo a consciência moral e a vida privada”. (CASTEL, 2001, p. 84) Nas explicações que circulam no senso-comum, a ideia de que as (os) transexuais possuem uma alteração hormonal é recorrente, mas o interessante é ressaltar que estas explicações ainda estão presentes no campo das produções discursivas e nos regimes de verdade sobre as transexualidades e os comportamentos sociais como um todo. Nesse aspecto, a ciência tem se tornado “a nova religião da modernidade. Porque tem a capacidade de criar e não simplesmente de descrever a realidade”. (PRECIADO, 2008, p. 33)

Os fragmentos abaixo revelam, entre outras coisas, aspectos presentes na relação homens transexuais/testosterona:

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

Tou me sentindo mais confiante [...] Quem não sabe meu nome de registro me vê como homem. (Fábio)

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

Paralelo às discussões acerca da política de distribuição de medicamentos pela rede pública, a automedicação é a contraposição nesse movimento em que transexuais burlam, de diferentes maneiras, a burocracia, os protocolos, as dificuldades, automedicando-se e, muitas vezes, colocando em risco a própria saúde. Eduardo, transexual, descreveu os problemas de saúde que adquiriu em decorrência da automedicação de testosterona: “*Tomei testosterona es-*

condido, com receita falsificada por muito tempo, mas tive dois AVCs por conta disso, porque não tive um acompanhamento”.

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

O dispositivo teste: biocapitalismo, biotecnologias e governamentalidade

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

Preciado (2008), quando aborda o investimento do capitalismo industrial que transformou o sexo e a sexualidade em objetos privilegiados de gestão pública a partir do final da Segunda Guerra Mundial e, principalmente, durante a Guerra Fria, traz a potência de dialogar essas reflexões com as ideias de biopolítica e governamentalidade, no pensamento de Michel Foucault.

É preciso perceber que a biopolítica não é outro/novo regime de poder, mas um acoplamento de poder naquilo que Foucault inicialmente analisou como as sociedades disciplinares cujas características eram, entre outras, a disciplinarização dos corpos individuais e coletivos e seu adestramento a partir de uma norma estabelecida. O que começa a mudar a partir do século XVII e, principalmente, do século XVIII é a invenção do conceito de população e como esta, com todo seu aparato, passará a ser o espaço sobre o qual a relação saber/poder, a incitação e controle atuarão. Neste contexto, a própria definição de uma norma e, conseqüentemente, do “normal” e do “patológico” sofrerá alterações consideráveis. Foucault (2008), estabelecendo diferenças entre as sociedades disciplinares e a biopolítica, coloca que:

Nas disciplinas, partia-se de uma norma e era em relação ao adestramento efetuado pela norma que era possível distinguir depois o normal do anormal. Aqui, ao contrário, vamos ter uma identificação do normal e do anormal, vamos ter uma identificação das diferentes curvas de normalidade, e a operação de normalização vai consistir em fazer essas diferentes distribuições de normalidade funcionarem umas em relação às outras [...]. São essas distribuições que vão servir de norma. A norma está em jogo no interior das normalidades diferenciais. O normal é que é primeiro, e a norma se deduz dele, ou é a partir desse estudo das normalidades que a norma se fixa e desempenha seu papel operatório. Logo, eu diria que não se trata mais de uma normação, mas sim, no sentido estrito, de uma normalização. (FOUCAULT, 2008, p. 82)

Esse processo mudou radicalmente a relação com os poderes (as normas). Estas não constituíam mais o balizador que separava a normalidade (a razão) da anormalidade (a des-razão, a loucura). Agora as séries passam a compor degradês de normalização onde nada e ninguém escapa. Esse processo é importante, pois tanto o dispositivo da transexualidade e, por dentro dele, o dispositivo “testo” fazem parte desta engrenagem.

Neste contexto, a governamentalidade – o governo dos vivos, a gestão das vidas – emerge como elemento estratégico. Sobre a governamentalidade, Foucault (2008) coloca que

[...] por esta palavra [...] entendo o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por ‘governamentalidade’ entendo a tendência, a linha de força que, em todo ocidente, não parou de conduzir [...] toda uma série de saberes [...]. (FOUCAULT, 2008, p. 143)

Nesse substrato histórico e político, a transexualidade se situa como um dos fenômenos mais expressivos na biopolítica contemporânea. Nesse universo, as discussões e o uso dos hormônios continuam sendo um espaço de permutas, de disputas, de trocas, de tensionamentos no dispositivo da transexualidade.

O cuidado e as práticas de si – por um devir-trans

Eu acho que não é nada psicológico, ah eu quero ser homem tenho então tem que ser grosso... Ah eu tenho que ser homem então não pode chorar. Isso também é bobeira. Eu vejo filme e rolo de chorar... (Antônio)

Entendendo que no âmbito dos próprios dispositivos – espaços de poder e controle – operam também as resistências, é possível perceber que no dispositivo “testo” processos de assujeitamentos reforçam códigos culturais, discursos e práticas heteronormativos, quanto possibilidades de vazar e/ou subverter o imperativo normativo. Tomando a perspectiva das resistências, recuperamos as discussões foucaultianas sobre os sujeitos, o cuidado, as práticas de si e as experiências ética e estética com o outro, consigo mesmo e com a vida. A partir dos estudos das sociedades greco-romanas, Foucault mergulha num *ethos* cuja relação dos sujeitos consigo mesmo e com os outros era caracterizada por uma ética e consequentemente uma estética, um exercício sobre si com a finalidade de atingir certo modo de vida.

Sobre esta questão nos coloca Foucault (2004):

O problema das relações entre o sujeito e os jogos de verdade havia sido até então examinado por mim a partir seja de práticas coercitivas – como no caso da psiquiatria e do sistema penitenciário –, seja nas formas de jogos teóricos ou científicos – como a análise de riquezas,

da linguagem e do ser vivo. Ora, os meus cursos no Collège de France, procurei considerá-lo através do que se pode chamar de uma prática de si, que é, acredito, um fenômeno bastante importante em nossas sociedades desde a era greco-romana, embora não tenha sido muito estudado. Essas práticas de si tiveram, nas civilizações grega e romana, uma importância e, sobretudo, uma autonomia muito maiores do que tiveram a seguir, quando foram até certo ponto investidas pelas instituições religiosas, pedagógicas ou do tipo médico e psiquiátrico. (FOUCAULT, 2004, p. 264)

É preciso, neste sentido, trazer para a biopolítica contemporânea a potência nos/dos corpos e suas singularidades. Sobre esta possibilidade reside a aposta deste texto: a potência dos modos de vida e a ideia de que nem fora nem por trás dos dispositivos de controle, mas no seu âmbito, nas suas urdiduras cotidianas, em suas atualizações se operam a todo instante as resistências. Por isso podemos dizer que o dispositivo “testo” produz assujeitamentos, mas produz também resistências e, a todo instante, os homens transexuais se reinventam nas suas formas de ser homem e de construir suas masculinidades.

Referências

- AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo?. *Revista outra travessia*, Ilha de Santa Catarina, v. 5, p. 9-16, 2005.
- ARÁN, Márcia. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 49-63, jan./jun. 2006.
- ARAN, 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*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009.
- BENJAMIN, Harry. *The transsexual phenomenon*. New York: Julian, 1966.
- BOURCIER, Marie Hélène. Technotesto: biopolitiques des masculinités tr(s)ans hommes. *Cahiers di Genre*, n. 45, p. 55-84, 2008.
- BUTLER, Judith. *Bodies that matter: on the discursive limits of “sex”*. Nova York: B. Library, 1993.
- _____. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: C. Brasileira, 2003.
- CASTEL, Pierre. 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.
- CHILLAND, Colette. *Le transexualisme: que sais-je?*. Paris: Puf, 2003.
- DE LAURETIS, Teresa. *Technologies of Gender*. Blomington e Indianapolis: Indiana University Press, 1987.

- DELEUZE, Gilles. ¿Que és un dispositivo? In: _____. *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1990.
- _____. *Conversações*. São Paulo: Editora 34, 1992.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2002.
- _____. *História da sexualidade: a vontade de saber*. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997.
- _____. *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- _____. A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade. In: _____. *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Ditos & Escritos).
- _____. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FRIGNET, Henry. *O transexualismo*. Rio de Janeiro: C. de Freud, 2002.
- GAUDILLIÈRE, Jean-Paul. La fabrique moléculaire du genre: hormones sexuelles, industrie et médecine avanti la pilule. *Cahiers Du Genre*, Paris, Harmattan, n. 34, p. 57-80, 2003.
- HALBERSTAM, Judith. *Masculinidad Femenina*. Barcelona/Madrid: Egales, 2008.
- HAUSMAN, Bernice. *Changing sex: transsexualism, thechnology and the idea of gender*. Durham: D. U. Press, 1995.
- LANTERI-LAURA, Georges. *Leitura das perversões*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- LIMA, Fátima. *A construção do dispositivo da transexualidade: saberes, tessituras e singularidades nas experiências trans*. 2011. Tese (Doutorado em Ciência Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
- LISPECTOR, Clarice. *Aprendendo a viver: imagens*. Rio de Janeiro: Rocco, 2005.
- MONEY, J. Sex reassignment as related to hermaphroditism and transsexualism. In: GREEN, R.; MONEY, J. *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: T. J. H. Press, 1969. p. 91-114.
- MONEY, J.; TUCKE, Patricia. *Os papéis sexuais*. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- NERY, João W. *Viagem solitária: memórias de um transexual trinta anos depois*. São Paulo: Leya Brasil, 2011.
- PRECIADO, Beatriz. *Testo yonki*. Madrid: Espasa, 2008.
- RAMSEY, Gerald. *Transexuais: perguntas e respostas*. São Paulo: Summus, 1998.
- STOLLER, R. *A experiência transexual*. Rio de Janeiro: Imago, 1982.
- _____. *Sex and gender*. New York: Science House, 1969.
- VIEIRA, Tereza Rodrigues. *Mudança de sexo: aspectos médicos, psicológicos e jurídicos*. São Paulo: Santos, 1996.

A Redução de Danos aplicada ao uso de silicone líquido e hormônios

Adriana Prates

Introdução

A aplicação de silicone industrial e a ingestão de hormônios realizadas por alguns transexuais para fins de modificação corporal ocorrem muitas vezes sem orientação especializada e em condições inadequadas de higiene, podendo acarretar sérias complicações de saúde. Este capítulo vem sugerir a utilização da estratégia da Redução de Danos para dar conta de riscos e danos relacionados às práticas mencionadas, ressaltando, porém, a imprescindibilidade de avançar no sentido da garantia dos direitos através da sensibilização da rede mais ampla e da pressão pela ampliação da assistência específica, buscando garantir o cumprimento dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, que compreendem os pilares do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Sobre a Redução de Danos

A Redução de Danos (RD) é uma estratégia consagrada para lidar com questões relacionadas ao uso de Substâncias Psicoativas (SPA). Seus princípios a tornam interessante para lidar com outras questões, onde estejam presentes riscos e danos à saúde decorrentes de práticas proibidas ou não aceitas social, médica ou juridicamente, mas que não deixam de acontecer por

conta desta inaceitação, a exemplo da introdução de silicone industrial e hormônios por parte de transexuais.

Segundo Andrade (2002, p. 83), a RD compreende “ações que visam minimizar riscos e danos da natureza biológica, psicossocial e econômica provocados, ou secundários ao uso/abuso de drogas, sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias”. A RD se caracteriza, segundo Mordelet (2002), pelo pragmatismo e pelo humanismo. A RD é pragmática quando conclui que o uso de drogas está presente desde sempre na história da humanidade e que nenhuma repressão ou condenação moral foi capaz de erradicá-lo, com o que se pode concluir que provavelmente nunca deixará de existir, sendo por isso mais realista promover, entre os usuários, uma reflexão sobre os riscos e danos envolvidos no uso, e pensar conjuntamente em estratégias para administrá-los. Revela-se humanista “quando parte do princípio de que o usuário de drogas é, antes de tudo, um sujeito de direitos e uma pessoa em si, isto quer dizer um cidadão”. (MORDELET, 2002, p. 70)

A RD também considera o público alvo da sua intervenção como detentores de um saber específico, decorrente das suas vivências e do convívio entre pares, devendo, por isso, participar da construção dos meios de alcançar os objetivos da RD. Neste sentido, o profissional de saúde deve evitar posturas autoritárias, arrogantes e tentativas de impor a esses indivíduos o seu saber, oriundo geralmente do campo da biomedicina. A RD mostra possuir, deste modo, características pragmáticas e cidadãs, pela forma como lida com dados da realidade, respeitando os modos de vida e opções da sua população-alvo, ao passo que a convida a exercer sua cidadania, através da reivindicação do seu direito à saúde e da corresponsabilização pelo próprio cuidado e do meio em que vive.

As propostas que têm como base a RD são também realistas, por levarem em consideração as condições de vida da população atendida, buscando levantar, a partir do que se vive/como se vive, as possibilidades de cuidado, inclusive para que as propostas façam sentido para as pessoas abordadas. Outro aspecto importante da RD é o respeito à diversidade, ao direito de escolha de cada um, vez que não necessariamente propõe às populações-alvo o abandono do seu modo de vida.

Finalmente, embora possua uma relação histórica com o consumo de SPA, a RD não necessita nem deve permanecer restrita a este campo, por oferecer importantes recursos para pensar/intervir em outras realidades onde estejam presentes os riscos e danos à saúde, decorrentes ou não da possibilidade de contaminação por doenças infectocontagiosas. Neste sentido, a RD pode ser útil, por exemplo, para abordar o uso indiscriminado de anabolizantes entre adeptos do fisiculturismo ou os riscos e danos à saúde envolvidos em algumas técnicas de modificação corporal acionadas por transexuais.

Redução de Danos: além dos conceitos

Couto (1999, p. 26), autor de um dos primeiros livros brasileiros sobre transexualidade, afirma que existem diferentes conceitos a respeito do termo, mas que todos têm em comum o entendimento de que esta passa pela “incompatibilidade da conformação genital com a

identidade psicológica sexual no mesmo indivíduo”. Segundo Couto, transexuais possuem também o desejo de modificação da genitália. Berenice Bento, em obra de 2006, opta por não levar em conta este desejo ou mesmo a realização de cirurgias para definir a transexualidade, que classifica como “uma contradição entre corpo e subjetividade” (BENTO, 2006, p. 44), baseando-se em seu trabalho de campo para afirmar que “há uma pluralidade de interpretações e construções de sentido para os conflitos entre o corpo e a subjetividade nesta experiência”. (BENTO, 2006, p. 44)

O senso comum parece considerar como equivalentes a transexualidade e a travestilidade, mas travestis, segundo Pelúcio (2006, p. 524), são “pessoas que nascem com o sexo genital masculino (por isso a grande maioria se entende como homem) e que procuram inserir em seus corpos símbolos do que é socialmente sancionado como feminino, sem, contudo, desejarem extirpar a genitália, com a qual, geralmente, convivem sem grande conflito. Via de regra, as travestis gostam de se relacionar sexual e afetivamente com homens”. A autora prossegue afirmando que não basta se vestir de mulher para ser travesti. Segundo informações obtidas em campo, é necessário que também ocorram intervenções através da injeção de hormônios e silicone, com a finalidade de dar forma feminina ao corpo.

A despeito das diferenças entre transexuais e travestis, de eventuais divergências acerca da natureza da transexualidade ou, principalmente, do dinamismo dessas categorias, sujeitas a diferentes entendimentos e contínuas recriações, é fato que existem indivíduos que costumam acionar tecnologias de modificação corporal com o intuito de adquirir características atribuídas a outro sexo. Tais tecnologias podem ser leves, como a depilação e o uso de maquiagem, chegando à introdução, geralmente desassistida, de hormônios e silicone industrial, este último inadequado para uso humano.

Até novembro de 2013, quando a portaria 2.803 ampliou o acesso ao processo transexualizador para travestis, somente transexuais tinham a chance de receber assistência nesse processo, mas é apenas neste sentido que o governo brasileiro contempla aspectos relacionados à saúde dessas categorias, através de legislação específica, sendo, porém, necessário, para efetivar o acesso de transexuais, o diagnóstico de um problema de ordem mental¹. Somente a partir deste diagnóstico é possível realizar o tratamento hormonal assistido e, após dois anos de acompanhamento psicológico (e em alguns casos, também psiquiátrico), ter acesso às cirurgias de “adequação corporal”.

No caso das transmulheres, a “adequação corporal” prevê a construção das mamas, supressão do pomo de adão, extirpação do pênis e construção de uma neovagina. No caso dos transhomens, pode acontecer a ablação das mamas, a histerectomia e construção de um pênis, técnica ainda raramente realizada.

A despeito da assistência prevista para o processo de transexualização, sujeitos com idade inferior à prevista pela legislação ou que por algum outro motivo não conseguem obter acesso

¹ Em 1980, o transtorno “transexualismo” foi incorporado à terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM) DSM III. Posteriormente, no DSM IV (publicado em 1994), o termo foi substituído por “transtorno de identidade de gênero”. Na quinta edição do manual, publicada em 2013, o diagnóstico “transtorno de identidade de gênero” foi substituído por “disforia de gênero”, um tipo mais leve de sofrimento mental. Esta solução, entretanto, aos olhos da Campanha Internacional “Stop Trans Pathologization” (2012), uma das principais organizações internacionais de ativismo transexual, não se configura como uma despatologização.

ficam relegados à automedicação com hormônios e ao trabalho das bombadeiras,² no caso das transmulheres que optam pela aplicação de silicone industrial. Existem, inclusive, relatos de automutilações, com sérias consequências. Outra consideração a ser feita diz respeito ao número insuficiente de unidades especializadas, existentes em poucas cidades do país.

A regulamentação do acesso ao processo transexualizador, condicionada à necessidade de um diagnóstico psiquiátrico, evidencia o alto teor político da questão. Para Lionço (2009), a exclusão das travestis da assistência do SUS no processo de transformação corporal (situação que perdurou até novembro de 2013) se origina da concepção binária do gênero e da predominância da heteronormatividade, fatores que, no caso desta problemática específica, estariam atuando como limitadores da democratização das políticas de saúde.

A ideia da existência de uma continuidade entre gênero, sexo e desejo, que autores filiais à teoria Queer buscam desconstruir, que permeia tanto o senso comum quanto discursos especializados, como o médico e o jurídico, revela a sua falência no universo transexual e travesti. É importante ressaltar, neste sentido, que indivíduos transexuais não se definem necessariamente como heterossexuais, podendo se afirmar como bi ou homossexuais, evidenciando assim o quão diversas podem ser as combinações entre corpo, gênero e orientação sexual, assim como identificações, sentimentos, comportamentos e expressões relacionados à seara do gênero e da sexualidade. Sobre as travestis, por exemplo, entende-se que não desejam ser homem ou mulher, mas travestis.

Tais pessoas, entretanto, costumam pagar caro por confundir, com seus corpos e vivências, as fronteiras de gênero e por evidenciarem os limites da classificação binária, desafiando assim a heteronormatividade. O preço é composto de exclusão, violência, preconceito e discriminação, além da desconsideração da única condição que deveria ser vista como essencial: a de sujeitos de direitos.

A intensidade e violência das tentativas de controlar esta diversidade evidenciam, por outro lado, os múltiplos aspectos políticos que permeiam as questões relacionadas ao gênero, à sexualidade e à identidade em nossa sociedade, e a estreiteza da compreensão vigente diante da riqueza de possibilidades e da multiplicidade de sentidos que se encerram nas experiências de cada um.

Falando de forma pragmática

Para além do estabelecimento de categorizações, é certo que transexuais costumam utilizar tecnologias diversas para empreender transformações corporais, algumas das quais bastante invasivas, envolvendo riscos à saúde por ocorrerem geralmente sem aconselhamento ou acompanhamento especializado. É certo também que estamos diante de uma forma de produção de identidade que muitas vezes se inscreve no corpo através de cortes, injeções, supressões, introduções, em uma combinação de diferentes técnicas, algumas com probabilidade de causar infecções e outros danos à saúde. Dentre essas últimas, chamam atenção o uso indiscriminado

2 Bombadeiras é o termo que designa as pessoas, geralmente travestis, que fazem a aplicação do silicone industrial.

de hormônios sexuais e a introdução de silicone industrial líquido, inapropriado para uso humano, geralmente através de procedimentos efetuados sem orientação profissional e higiene adequada.

Os hormônios utilizados são geralmente o estrógeno e a progesterona, no caso das mulheres transexuais, e testosterona, no caso dos homens transexuais, com a finalidade de induzir caracteres sexuais secundários, como o engrossamento da voz e o surgimento de barba em transhomens, e o aparecimento de mamas em transmulheres. Este uso pode trazer consequências importantes, em termos de saúde, que são ainda pouco estudadas. Aran e Murta (2009), por exemplo, apontam a necessidade de pesquisas empíricas sobre os efeitos colaterais do uso prolongado de hormônios.

Santos (2007) descreve os riscos envolvidos na aplicação de silicone industrial. Segundo informantes do autor, uma vez que a maioria das bombadeiras não tem formação na área de saúde, todo o aprendizado se dá por meio de tentativas e erros. A aplicação clandestina de silicone, segundo Santos, além de extremamente dolorosa, envolvendo muitas perfurações sem nenhum tipo de anestesia, pode gerar acidentes e deixar sequelas. O produto pode estar contaminado, ser rejeitado pelo corpo ou migrar, provocando deformidades e obstruções, além de inflamações e infecções de diversas ordens. Jayme (2001) também menciona algumas dessas possíveis complicações.

Tais constatações, somadas à questão da idade mínima de 18 anos para o acesso à trans-formação assistida e 21 anos para os procedimentos cirúrgicos, e à escassez de unidades especializadas no processo transexualizador, evidenciam a necessidade de se pensar em formas de garantir orientação e assistência adequada em relação às práticas mencionadas, assim como reduzir os riscos e danos decorrentes das mesmas, uma vez que não deixam de ocorrer por serem malvistas pela sociedade, proibidas pela justiça ou desaconselhadas do ponto de vista médico, o que aponta a necessidade de construção de propostas de saúde direcionadas às populações que acionam tais práticas, transexuais entre elas.

Aran e Murta (2009, p. 23) afirmam que, em relação à transexualidade, é necessário, ao lado da construção de uma rede credenciada (que inclua também assistência jurídica para modificação do nome civil), a problematização da “restrição da compreensão da experiência da transexualidade a partir deste diagnóstico psiquiátrico”. É necessário também, segundo as autoras, que seja considerada a “noção de sofrimento psíquico e corporal como critério do acesso à saúde sem que necessariamente este sofrimento tenha que ser patologizado”. (2009, p. 23) O que as autoras sugerem, deste modo, é que a noção de saúde integral busque promover uma abertura para a redescritção da experiência transexual, simplesmente pelo sentimento de não conformidade entre sexo e gênero, sem necessidade de um fundamento psicopatológico para regular o acesso à assistência.

Para dar conta de aspectos mais imediatos da questão, parece viável considerar uma atuação a partir da lógica da Redução de Danos, estratégia de saúde preconizada pelo SUS, utilizada atualmente para lidar com questões relacionadas ao uso de SPA. A possibilidade de uso da RD, inclusive, está mencionada, ainda que de forma breve, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2010) e na Portaria n. 457/SAS (BRASIL, 2008), que regulamenta o Processo Transexualizador no SUS, ocorrendo

algumas iniciativas isoladas, neste sentido, por parte do movimento social, ONG ou Programas de RD. Em Salvador (BA), por exemplo, o Grupo Gay da Bahia (GGB), a Associação de Travestis de Salvador (Atras) e a Aliança de Redução de Danos (ARD) realizaram ações de RD sem haver, porém, continuidade.

Em relação às modificações corporais empreendidas por transexuais, a RD pode ser operacionalizada através do fornecimento de insumos para aplicação do silicone e dos hormônios e da disponibilização de informações acerca dos riscos e danos que envolvem as citadas práticas, inclusive para estimular a reflexão antes da tomada de decisões. Além desta atuação na dimensão mais imediata, é imprescindível fazer um investimento no aspecto político-formal da questão, através da sensibilização da rede mais ampla, para o acolhimento adequado da categoria e da busca pela ampliação da assistência específica.

É importante mencionar que a RD se instituiu na Europa, na década de 80 do século passado, a partir da movimentação de usuários de drogas injetáveis que cobravam do governo providências em relação à massiva contaminação da categoria pelo HIV. Ou seja, a RD para uso de SPA, que hoje figura como política de saúde em vários países do mundo, dentre esses o Brasil, surgiu da organização de cidadãos para reivindicar seus direitos.

Como visto, a RD representa uma alternativa de caráter político para mobilizar e levar informação e saúde a quem, por algum motivo, não tem possibilidade de acessar este direito básico. A ideia da RD é tornar os sujeitos cientes de seus direitos, construindo de forma conjunta possibilidades de cuidado, respeitando seus modos de vida e aproveitando seus conhecimentos, tornando-os coconstrutores das intervenções e, posteriormente, multiplicadores.

Esses sujeitos podem ser alcançados e mobilizados através do diálogo com o movimento social, ONG e mesmo pela internet, via redes sociais. O contato com a população alvo é essencial para construir propostas que façam sentido e alcancem aqueles que não se enquadram em diagnósticos ou que, por qualquer motivo, estejam excluídos do acesso aos ambulatórios especializados ou da rede de saúde mais ampla.

Considerações finais

Transexuais, com seus corpos, sentimentos e vivências, lançam um desafio à compreensão predominante sobre o fundamento corporal da identidade de gênero e da sexualidade, afrontando a heteronormatividade e o binarismo que informam a visão de mundo hegemônica. Isto gera preconceito e discriminação, presentes, inclusive, na esfera oficial, como atesta a rigidez do acesso à assistência no processo transexualizador, permitido somente com aval psiquiátrico e a partir dos 18 anos, mesmo diante da constatação de que as transformações são iniciadas mais cedo.

Por outro lado, a RD se revela uma estratégia viável para lidar com os riscos e danos envolvidos nas práticas invasivas de modificação corporal, por conta de seu pragmatismo, realismo e humanismo. O pragmatismo força a admissão de que os riscos e danos envolvidos nos processos de modificação corporal, assim como a ilegalidade de práticas como a introdução de silicone industrial, não são suficientes para inibir sua realização e reprodução e que, perante

esta constatação, é preciso encontrar alternativas viáveis de cuidado. O realismo permite constatar a distância de uma condição ideal de assistência e a necessidade de, enquanto se busca alcançar o cumprimento da universalidade, da integralidade e da equidade, princípios do SUS, encontrar formas de diminuir os impactos mais imediatos dessas práticas. O humanismo garante a consideração da cidadania de indivíduos muitas vezes marginalizados, fazendo valer o seu direito à saúde.

Por fim, a RD é para todos e não se limita à prevenção de infecções ou contaminações. Lembrando que a saúde se conecta com outras dimensões da vida, além de estar vinculada a determinantes sociais que precisam ser objeto de atenção e mudança, a RD busca promover a implicação política dos sujeitos. Deste modo, a RD se delinea como uma alternativa que não se limita à resolução de aspectos pontuais, mas situa politicamente a questão, vez que as ações mais imediatas devem ser impreterivelmente acompanhadas por investimentos longitudinais, a exemplo da sensibilização da rede para o acolhimento digno da categoria transexual, que costuma sofrer preconceito nos serviços de saúde; a ampliação da cobertura, através da abertura de mais ambulatorios especializados; além de mobilizações pela despatologização³ da identidade transexual, entre outras propostas.

Como ocorre em relação a uso de SPA, onde o paradigma da abstinência se impõe antes por questões morais, a problemática que envolve o direito à assistência no processo transexualizador torna evidentes aspectos políticos e ideológicos, que costumam permear as questões de saúde.

Referências

ALMEIDA, Guilherme, MURTA, Daniela. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 14, 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/6979>>. Acesso em: ago. 2013.

ANDRADE, T. M. de. Redução de Danos: um novo paradigma. In: CETAD / UFBA, CPTT/ Prefeitura de Vitória da Conquista, ACODESS (Org.). *Entre riscos e danos – uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. Paris-France: Editions Scientifiques ACODESS, 2002.

ARAN, 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*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 maio 2013.

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

3 A proposta de despatologização é um tanto controversa, por esta compreender atualmente a única oportunidade de acesso à assistência. O desafio é fazer com que ocorra a despatologização sem que haja retrocesso nos ganhos obtidos até então. Para saber mais, ver texto de Almeida e Murta (2013).

BRASIL. Secretária de Atenção a Saúde. *Portaria n. 457/SAS*, de 19 de agosto de 2008. Regulamenta o Processo Transexualizador no SUS. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/Portarias%5CPORTARIA%20N%C2%Bo%20457%20de%2019%20de%20Agosto%20de%202008.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.abglt.org.br/docs/PoliticaNacional_SaudeIntegral_LGBT.pdf>. Acesso em: 27 maio 2013.

_____. *Portaria n. 2.803*, de 19 de novembro de 2013.

Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=25&data=21/11/2013&captchafield=firistAccess>. Acesso em: nov. 2013.

CAMPANHA internacional stop trans pathologization. 2012. Disponível em: <<http://www.stp2012.info/old/pt>>. Acesso em: ago. 2013.

COUTO, Edvaldo Souza. *Transexualidade: o corpo em mutação*. Salvador: GGB, 1999.

JAYME, Juliana. *Travestis, transformistas, drag-queens, transexuais: personagens e máscaras no cotidiano de Belo Horizonte e Lisboa*. 2001. 270 f. Tese (Doutorado em Sociologia). Programa de Pós Graduação em Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 2001.

LIONCO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis*, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2013.

MORDELET, P. O quadro jurídico da política de Redução de Danos. In: CETAD / UFBA, CPTT/ Prefeitura de Vitória da Conquista, ACODESS (Org.). *Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. Paris-France: Editions Scientifiques ACODESS, 2002.

PELÚCIO, Larissa. Três casamentos e algumas reflexões: notas sobre conjugalidade envolvendo travestis que se prostituem. *Rev. Estud. Fem.*, v. 14, n. 2, p. 522-534, set. 2006.

SANTOS, Ailton. *Corpo Educado? Percepção de risco de contrair HIV e práticas educativas entre travestis e profissionais do sexo*. 2007. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2007.

Transsexuality in the UK

Dinesh Sinha

Historical views

Transsexuality was until relatively recently unacknowledged in modern western social settings and perceived as difficult to understand. Many societies around the world may have known transsexuals for some length of time. There is some description of them having occupied special positions within older societies around the world, which were then steadily lost with the advent of modern patriarchal society. (FEINBERG, 1996; WHITTLE, 2010) In Europe the repeated marginalisation of minority groups in post industrial society also witnessed a broad pathologising of transgender people including via the involvement of health services. (WORLD HEALTH ORGANISATION, 1992) There have been major shifts over understanding about a possible aetiological group for individuals within this umbrella group of disorders, with particular conflict between the nurture or social versus the nature arguments for transsexuality. As a result, in the UK transsexuals had often remained a marginalised and isolated, even secretive group. Society tended to view them with a mixture of curiosity, revulsion and fascination.

There have been clear patterns of extreme negative social responses to the change in role that comes from individuals embracing transsexuality and this led to a lot of psychic distress and physical damage. (HM GOVERNMENT, 2012) The greater proportion of transsexual population have been, to a large degree hidden, hampering presentation and treatment by health services over the years and this trend is only now beginning to change. In more recent times, there have been gradually advancing privileges and freedoms afforded to this minority group in the UK.

Definitions

There are multiple terminologies in the field and one of the key challenges in recent times has been to increase the understanding of the general public and health professionals about this group. This has arguably helped to shift social acceptance and provide better understanding of the needs of various sub groups within the broad transgender umbrella. Hence the many terms require definition and clarification. This is also important, as there are several key features of both practice and putative aetiology that differentiate these conditions.

Transgender is used as an umbrella term to include all forms of gender variance. The difference in the various sub groups could be thought of based on the degree of the gender variance. The key issue in trans-sexuality is of internal Identity; the difference between experienced (innate gender) and actual gender (and sexual characteristics). The transsexual person feels ongoing dissonance between their internal gender identity and their external sexual characteristics of their birth gender. This is not a sexually driven emotional state, but a disorder that is from early on and related to core views of the individual's about themselves and their gender identity. Transvestism and Cross Dressing differ in the core motivation and possible aetiologies. In general, the motivations are thought to be sexual stimulation for transvestism and cross dressing.

This is in contrast to transsexualism, where the key feature is more internal to do with self identity and an argument for coherence and also differentiates it from sexuality and sexual orientation issues such as in gay, bisexual and lesbian populations. (GOVERNMENT EQUALITIES OFFICE, 2010) This number of sub groups has at times resulted in groups speaking for some and not all in the trans domain.

Prevalence and Incidence

There was a reported prevalence of 8 per 100000 in the UK, but this is now thought to be closer to 20 per 100000. This group has higher health needs, especially when the choice of the individual is to undergo transition and reassignment. In the UK it is estimated that 6000 people have undergone transition with a ratio of 80:20 for MTF:FTM gender conversions. There is reported an increasing incidence, which is currently at 15% even in younger people. (REED et al, 2009) There are several reasons for this, including social factors responsible in part for the higher presentation including increasing social acceptance, sensitivity, provision of services for the needs of this group and the positive effects of social contact & support for those contemplating their situation and to seek transition, including in surgical reassignments. (REED et al, 2009) There are some areas that are known in the UK to have populations that are more accepting of trans populations. These include Sussex (South of England) and Nottinghamshire (Midlands) which have prevalence of 45 per 100000 (one of the highest).

There has been a pattern of doubling of referrals to adult and child speciality clinics every 5 years. The increased reporting and seeking of help may be explained by similar factors to that for the apparent increases in incidence. There are reports of 10000 who have presented for

treatment for gender dysphoria and that there may be at least another 46000 may still present, waiting to reach a state of readiness before seeking help. (REED et al, 2009)

Psychiatric and Psychological Views of Transsexuals in the UK Gender Dysphoria (ICD)

The history of Psychiatric treatments of transsexuality is relevant in understanding the current scenario. It was viewed primarily as a mental health condition with not much thought to the multiplicity of causes for intersexuality and gender identity. This led to a cure all attitude where subjective needs of individuals were denied in favour of assigning a gender early on. This socially driven need for gender congruence arguably led to greater dysphoria in later life for those individuals that had been operated upon in younger years. More recently, Transsexualism has been thought to be best explained by the neurobiological basis with gender identity thought to be dictated by early hormonal influences as versus social or sexual motivations underpinning the other groups within the transgender umbrella. However the topic remains emotive and it could be argued that there is a tendency for high level political action and judicial intervention, which may be preventing a broader discussion about the impact of the various changes on the individual and society.

The UK psychiatric system follows the ICD10 classification system. The section of gender identity disorder lists transsexualism along with transvestism and gender identity disorders. This is in contrast to the shift in the DSM V to offering care only for dysphoria rather than defining transsexualism as a mental disorder in its own right. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) There is some evidence of high rates of mental health difficulties such as anxiety, depression, substance misuse and eating disorders, especially in the bisexual and transgender populations. There are also higher rates of attempted and completed self harm and suicide in the transsexual population. The highest risk of over doses if post puberty at 23%, while overall in the transgender group is up to 34% have made at least one suicide attempt at some point. (BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2012)

Case Vignette 1

The patient was being seen in the psychiatric services for some time. The primary problems were around dysthymia with co morbid issues with depression and the misuse of alcohol. He had been treated with several courses of antidepressants. He was relatively risk free and so was mostly seen for brief review appointments in the outpatient clinic by a succession of junior psychiatrists in training. Eventually he disclosed disgust for his body and discomfort from an early age about being a man. He had never fitted in with his male siblings and was forced by his parents to conform with the rough of tumble involved with being one of 4 boys.

However he had struggled to establish intimate relationships and lived an isolated lifestyle still in the family home with his parents. Till that point, his isolations had been ascribed to his mood and substance misuse issues. Following the disclosure, he became interested in counsel-

ling to address his dysphoria. He chose not to progress to any further treatment for his gender identity and over time became more accepting of variance from social stereotypes.

Process of Gender Change

The transgender person in the UK has varying experiences, with an aspect of broader society expressed in increasing health and legal provisions that supports the issue of transition and change, as versus the more common social problems of victimisation and bullying. In the process of recognising and assessing transsexual individuals seeking help, including via the by the Gender Recognition Panels (GRP), there is a need to differentiate a lasting belief around self identity issues from something which may be transient in the context of a mental disorder. (BARRETT, 2007) Applications are submitted to Gender Recognition Panels leading to gender recognition certificates, which are recognised in law. No amendments are made to the original, existing birth certificate but the new certificate is based on the new gender, in an attempt to not negate reality but emphasise that the individual's current is also a reality. (HM COURTS; TRIBUNALS SERVICE, 2007)

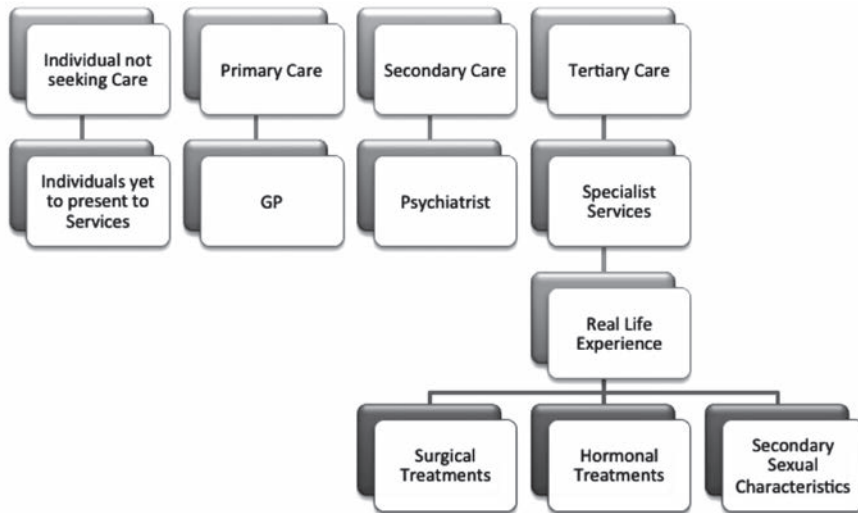
In the UK the guidance is that there is not always the need for counselling or psychotherapy prior to having physical interventions for transsexuality. In a similar way, all patients with gender dysphoria or with a degree of gender variability will not need all or even any of the possible interventions. There are arguments for and against suspension of pubertal development in children before the age of 16, along with the wide array of surgical operations following post pubertal changes. (REED et al, 2009)

Health Care for Transsexuals in the UK

Individuals with gender variance may seek to manage their conflicts without approaching services. In addition transsexual individuals may be unwilling to seek help or need any changes. The GP in primary care is the first port of call for any patients requiring any NHS treatment. The process of health care to a specialist gender clinic begins with secondary care hospital Consultant assessments. There are options of counselling, hormones, surgery, as NHS treatments with 5 centres of treatment, with established protocols for the interventions on offer. There is a requirement for a RLE (real life experience), which stipulates proof of gender dysphoria and living as the desired gender for a period of at least 1-2 years. (NHS CHOICES, 2012)

Then core and noncore treatments in NHS or private settings are decided upon with possible rationing and individual choice. Following this, there is then assessment for gender confirmation surgery and a similar assessment process is in place for hormonal therapy. (GENDER IDENTITY RESEARCH AND EDUCATION SOCIETY, 2008) Further additional treatments for secondary sexual characteristics may be offered, such as hair removal along with the offer of ova or sperm storage. However, in the current austerities of the public health system in the UK some of these services are coming under threat and some of the specialist clinics facing shortfalls.

Figure 1 - Pathways of Care



Transgender Personality

Transgender identities may develop at different points of time in the life cycle with the fear of social rejection, intolerance and abuse impacting any decision to seek help. In general, in the UK there has been a substantial move away from social and moral judgements (FOUCAULT, 1979) with sexuality increasingly understood as a biopsychosocial concept and the recognition of sexual rights as being human rights, as emphasised also in various EU declarations. However, there do remain existing problems in the UK about access to health care and other pathways with problems when therapists allow their own views and beliefs to pollute their work with their clients. In a similar manner, Trans-individual's sexuality is variable and the gender of the partner has no connection with success of transition and may even require therapy in its own right if there are difficulties in potential relationships. (BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2012)

There is awareness of the need in any therapeutic frame to use the language used by the individual to describe themselves and be mindful of the privacy restrictions that have been brought in through a raft of recent laws. This is driven by recognition of transgender group as essentially a gender minority; a trans-population who are by definition breaking gender boundaries causing social impact. Younger people have also been a focus of intervention with a series of offers with increasing irreversibility such as counselling, change of living arrangements, Gn-Rha to cause delay of onset of puberty for limited periods, opposite sex hormones and finally surgical interventions.

Risks and Legal Issues

There have been numerous attempts to better define the scale of issues facing the transgender population, which in turn has led to a series of protective measures. The urgency of some of the measures has been based on the growing understanding of the risks facing this group.

Risks

There has been a 14% increase in violence, probably related to increase in reporting (HM GOVERNMENT, 2012), with increasing prosecutions for homophobic and transphobic hate crimes since 2006-07. (CPS, 2011-12) The British Crime Survey now has specific questions related to the transgender population since 2011/12 (CPS 2011-12) and the UK is one of three countries in the EU to identify Transphobic crime as a hate crime. Hate crime is defined in the UK as a crime or 'criminal offence perceived to be motivated by hostility of personal characteristic, patterns of rapid escalation of low level hate crimes'. There are developing legal and social frameworks to show intolerance for hate crime involving transphobia, improve access to housing and steps to increase wider political involvement by this group. (HM GOVERNMENT, 2011) There are specific efforts to address the need to target crime of hate involving transgender people, with 2010 figures of 357 hate crimes against transgender people. (HM GOVERNMENT, 2011) This has prompted this particular hate crime to become one of the five strands that are monitored centrally by the ACPO with specific work planned with trans- communities to develop guidance and support for prosecutors and review of sentences for Gay Lesbian Bisexual Transgender/GLBT crime. Overall there is acknowledgement that hate crime against trans populations is under reported due to shame, lack of acceptance, often mixed with the concern of further victimisation by law enforcement agencies. Victims often are unsure of seriousness of the incidents and the marginalisation, particularly in transgender, leads them to not trust agencies. In spite of these issues, successful convictions of hate crimes has increased in UK to over 82%, encouraging more reporting.

Laws and Policies

There has been access to health services in the UK for transsexual individuals needing care since 1996 and changes in birth certificates have been available since 2004. The UK has also been influenced by the European parliament rulings on the human rights to live according to one's sexual identity. As a result of the increasing awareness and acknowledgement of the struggles of transgender subgroup, the UK government has carried out various measures. These have included the UK government Equality Act 2010, which emphasised the protections in law for the entire group, including those in transition, even if there was explicit protection only for transsexuals. Transgender is used as an umbrella term for the previously discussed range of sub groups from transsexual to non or agendered.

This extension of protection from medical to social acceptance has sought to address direct and indirect discrimination, harassment, victimisation and transphobic crime in various settings. There has been deliberation of allowances for different treatment of the trans-group

and positive action to improve their participation in public life in recognition of their isolation. In law, the change is recognised as moving from the Birth Gender to the Acquired or desired gender, with the acquisition of new rights as derived from other gender, but that not meaning to lose rights and obligations previously held or entered into for example as a parent. (HM GOVERNMENT, 2004)

Issues with Identity and Privacy

As discussed, one of the prime issues for transsexual people in seeking help is concern with how they will be received. This is based on a degree of reality, where their expression of difference or any obvious behaviour not fitting social stereotypes has traditionally invited a degree of social opprobrium. One of the ways in which they have been stigmatised is by exposure to social ridicule via exposure. Hence, the needs for privacy for transgendered individuals in the UK are enshrined in the law. (HM GOVERNMENT, 2004) This provides specific measures to address threats to privacy and public exposure without specific consent. It is now a criminal offense in the UK to make a disclosure without consent or valid recognised reasons of the protected information of the pre transition identity of the individual. These are amongst various specific measures to guide the medical and community and suggestions for the mental health of transgendered people. (HM GOVERNMENT, 2004)

Stigma and Moves towards Destigmatisation

Transphobia is widespread and research suggests that it is now the overt behaviour that attracts prejudice rather than sexual identity per se in the UK. (HM GOVERNMENT, 2012) This may suggest why transgender people are so easily discriminated against, with a combination of stereotypes that they cannot fit and assumptions about the group as a whole. There can be a real conflict between the external versus internal views of sexuality and self identity.

There is possibly also a relationship with issues such as the internal homophobe as seen in homosexual sub groups, where shame plays a large part in preventing access to help and self acceptance promoting a self perpetuating phobic state. Given this frame of pathologising, there are specific guidance on the need to reflect on own beliefs and assumptions to be able to work with patients. (BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2012) It is known that the greatest danger for transsexual people is when starting transition, at a time when they are openly flouting known gender stereotypes and potentially drawing negative social responses. Clear sexual boundaries need to be established in the therapy frame and maintained with it being crucial that any breaches reported. In spite of the ongoing primacy of the ICD10 for psychiatric diagnosis in the UK, there is some consensus that being transgender is not in itself indicative of a mental disorder, especially based on the shifting of social attitudes around what is normal. In this way, there is a clear move away from a background of sexually stigmatisation, language and attitudes that may be discriminating with increasing emphasis on psychologically orientated staff to gather awareness of usage of terms, sexual practices and family lives of transgender populations. (BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2012)

Other Agencies and Social Settings

There have been wide ranging changes in multiple government domains, such as schools. There is clear guidance on specific issues in sport and in working with sporting bodies to address transphobia. Sporting organisations have discussed and been made aware of guidance on the equality of transgender sports people. At the same time, there are no automatic sporting rights for individuals on the basis of their acquired sex. Decisions are based on safety of competitors and fair competition. Hence it is not being a criminal offense to disallow individuals in transition from participation in some settings and events to ensure fairness. (DEPARTMENT FOR CULTURE, MEDIA AND SPORT, 2009) Employment has been a particular area of focus, with several key cases addressing discrimination around transitioning. There are reports of high rates of discrimination at work at nearly 50% and 88% of trans groups identify ignorance as a major issue. (HM GOVERNMENT, 2011)

There have been efforts to ensure that various government bodies such as Job centre staff, prospective employers, pre application support, DWP (Department of Work and Pensions) for entitlement (if individuals do not have a Gender recognition certificate), HMRC and Direct Government support are fully aware of the challenges and needs of transgender individuals. The UK Government has vowed to use various educational and informational campaigns to increase the engagement of these people in public life.

Comparisons with some other systems

As discussed, in the UK and Europe in general there have been increasing moves towards greater rights for transgendered populations, based on the various acts and declarations for equality. However, this is by no means an issue in this region alone, as in many countries around the world there are lesser or greater concerns and challenges for transgender people. The US has struggled to work in a coherent direction towards common and equal rights for its transgendered population, due to the multiplicity of laws in its many states along with the variety of other political and social challenges imposed by its systems. Hence health care resources remain limited by restrictive insurance practices while rights in situations like at work or in the armed forces are severely limited. (GREEN, 2010)

In Brazil, there would appear far greater enthusiasm for conversions and surgery availability for transsexuals including on the national health system. The number of completed surgeries for gender conversions has in recent years shown a great rise in the public health system with reports that there are now 2 surgeries a day. There have now been around 2714 reported processes completed for MTF conversion. In this way, if counted with private surgeries the overall number of gender related surgeries would seem to easily overtake those in the UK. (URIBE & HAWK, 2013) In some cultures like in India transsexuals occupy paradoxical polar positions, being at times deified and other times vilified for their obvious differences from socially accepted gender stereotypes.

Table 1 - Controversies

The ICD10 continues to list Transsexuality as a mental disorder, though the latest DSM has now moved away from this blanket categorisation.

Levels of violence and hate crimes against transgender people are under reported and now a priority for UK law enforcement agencies. The UK has responded to concerns about rights and hate crimes, with many recent initiatives and laws.

The health needs of transsexual people can be high. This can include needs directly from the process of gender change and also from unmet psychological needs.

In the UK there is recognition of some Transsexual people who sell sex, which may an attempt to earn money though many are driven into this by discrimination and stigma (BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY, 2012). Transgender female sex workers have been found to have a four times higher risk of HIV as compared to biologically female sex workers.(OPERARIO et al, 2008)

Some transgender people may wish to occupy 'the third space' or be without a gender. Others may not seek any of the gender conversion procedures on offer and still have a degree of gender variance. Hence any pathway for gender reassignment must be guided by individual wishes.

Conclusions

There remain issues and controversies for the transsexual community in the UK, including the continuing ICD 10 classification of Transsexuality itself as a disorder. The topic remains to a degree emotive, as with other groups within the LGBT umbrella, which may prevent an ongoing, broader discussion about the aetiology and impact of various interventions on the individual and their place in society. This includes the issue of medical care, which still is linked to dysphoria, even in state funded settings like the NHS. Challenges also encompass areas as diverse as employment, education, sport and health interventions funded by the state to support gender change. Similarly the level of transphobically driven hate crimes remain high in society and there is concern about the underreporting of such crimes.

However, there have been a number of initiatives to increase the rights of transgender individuals, such as the Gender Recognition Act. As a result, the UK has been witness to a relatively recent increase in awareness of the transgender group and within it of the needs of transsexual individuals. The overall movement, by social and government institutions has been towards greater inclusion and politically led action to safeguard interests of transgender individuals. As part of this, there have been significant steps to destigmatise and depathologise trans populations. This has been helped also by the combination of increasing social awareness and government interventions, spurred by European initiatives to redress the marginalisation of these individuals from main stream society. This freeing up, offers individuals the possibility of greater self actualisation and the entire transgender group, a remarkable opportunity to become champions of a more liberal and fair society.

References

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013.
- BARRETT, J. *Transsexual and other disorders of gender identity*. Oxford: Radcliffe, 2007.
- BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY. Guidelines and Literature Review for Psychologists working therapeutically with Sexual and Gender Minority Clients, 2012. Disponível em: <http://www.bps.org.uk/sites/default/files/images/rep_92.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2013.
- CPS. *Hate Crimes and crimes against older people report*. 2011-12. Disponível em: <http://www.cps.gov.uk/publications/docs/cps_hate_crime_report_2012.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2013.
- DEPARTMENT FOR CULTURE, MEDIA AND SPORT. *Transsexual people and sport: Guidance for Sporting Bodies*, 2009. Disponível em: <<http://www.ukssport.gov.uk/publications/transsexual-people-in-sport-guidance-for-governing-bodies>>. Acesso em: 1 jul. 2013.
- FEINBERG, L. *Transgender Warriors: Making History from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston: Beacon Press, 1996.
- FOUCAULT, M. *The History of Sexuality: An introduction*. London: Allen, 1979. (v. 1).
- GENDER IDENTITY RESEARCH AND EDUCATION SOCIETY (GIRES). *NHS Funding Processes and waiting times for Adult service-users*, DoH. 2008. Disponível em: <<http://www.gires.org.uk/assets/DOH-Assets/pdf/doh-nhs-funding-processes.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2013.
- GOVERNMENT EQUALITIES OFFICE. *Equalities Act 2010*, Equality and Diversity Forum. 2010. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/85024/vcs-gender-reassignment.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2013.
- GREEN, R. Transsexual Legal Rights in the United States and United Kingdom: Employment, Medical Treatment and Civil Status, *Archives of Sexual Behaviour*, v. 39, p. 153-160, 2010.
- HM COURTS; TRIBUNALS SERVICE. *A Guide for Users: Gender Recognition Act 2004*. 2007. Disponível em: <<http://www.justice.gov.uk/downloads/tribunals/gender-recognition-panel/overseas-application-process/explanatory-leaflet-guide-for-users.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2013.
- HM GOVERNMENT. *GENDER RECOGNITION ACT, 2004*. Disponível em: <<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/7/notes/contents>>. Acesso em: 1 jul. 2013.
- _____. *Advancing Transgender Equality: A Plan for Action*, 2011. Disponível em: <<http://www.pfc.org.uk/pdf/transgender-action-plan.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2013.
- _____. *Challenge it, Report it, Stop it: The Government's Plan to tackle Hate Crime*, 2012. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/85024/vcs-gender-reassignment.pdf> Acesso em: 1 jul. 2013.
- NHS CHOICES. *Gender Dysphoria - Treatment*, 2012. Disponível em: <<http://www.nhs.uk/Conditions/Gender-dysphoria/Pages/Treatment.aspx>>. Acesso em: 1 jul. 2013.

OPERARIO, D.; SOMA, T.; UNDERHILL, K. Sex Work and HIV Status among Transgender Women, *AIDS*, v. 48, p. 97-103, 2008.

REED, B. et al. *Gender variance in the UK: Prevalence, Incidence, Growth and Geographic distribution*, 2009. Disponível em: <<http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2013.

URIBE, G.; HAWK, J. *Brazil makes 2 sex change surgeries every day*. Globo, 2013.

WHITTLE, S. *A Brief History of Transgender Issues*, *The Guardian*. 2010. Disponível em: <<http://www.theguardian.com/lifeandstyle/2010/jun/02/brief-history-transgender-issues>>. Acesso em: 1 jul. 2013.

WORLD HEALTH ORGANISATION. *The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva, 1992.

Glossary of Terms

ACPO Association of Chief Police Officers

DSM Diagnostic and Statistical Manual

DWP Department of Work and Pensions

FTM Female to Male

GLBT Gay Lesbian Bisexual Transgender

GnRha Gonadotrpín Hormone Releasing Agonists

GP General Practitioner

HM Government Her Majesty's Government

ICD International Classification of Diseases

MTF Male to Female

NHS National Health Service

Saúde, cuidado e diversidade sexual: a temática da transexualidade na atenção básica em saúde

Marco José de O. Duarte

Este capítulo tem como objetivo problematizar, a partir de uma pesquisa comparativa entre os campos da saúde e saúde mental em relação à diversidade sexual, os discursos e práticas produzidas sobre as identidades de lésbicas, gays, bissexuais e travestis e transexuais (LGBT), com destaque para as pessoas transexuais, nos espaços particulares das instituições de saúde, em especial nas unidades da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica em saúde.

A interface saúde e saúde mental, nas suas diferentes áreas de produção do cuidado para com a população LGBT, sob o prisma dos direitos sexuais e da saúde sexual, entendendo-as como direitos humanos, coloca em cena diferenças e significados, que vão desde as potencialidades destes espaços como produtores de sentidos e direitos, como de resistências, conflitos e preconceitos pelos trabalhadores da saúde, quando referenciados pela temática da diversidade sexual e das expressões das identidades de gênero, em particular no que diz respeito à temática da transexualidade.

No entanto, com a emergência da política nacional de saúde integral LGBT e a resposta do Estado brasileiro com políticas públicas específicas para esta população em geral, os debates sobre a transexualidade, pelo que analisamos, em todos os níveis de atenção e cuidado na saúde, mas mais especificamente na atenção básica, com foco na equipe técnica e nas/os agentes comunitários de saúde (ACS), ainda continuam associando o universo da diversidade sexual à temática do HIV/AIDS ou ao manejo do encaminhamento para instituições de saúde especializadas no caso, quando houver.

Contudo, é necessário contextualizar, a partir da análise documental, as referidas políticas públicas de saúde e saúde mental, para observarmos como se situa a transversalidade do tema da diversidade sexual para o referido campo da produção de cuidado em saúde e saúde mental.

Assim, nosso recorte inicial tem como parâmetro e como referência legislativa a Constituição Federal de 1988 e as Leis 8.080/90 e 8.142/90 que instituem, no âmbito do Estado brasileiro, o Sistema Único de Saúde, com seus princípios e diretrizes. Neste bojo, a institucionalidade da Lei 10.216/01 que formaliza a nova política de saúde mental, que antes mesmo do aparato legal no âmbito nacional já vinha sendo desenvolvida no campo prático e político da saúde mental em diversas cidades e estados do país.

Em todos os documentos acima, o conceito de saúde não se opera pelo modelo biomédico nem mesmo corrobora a definição veiculada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – agência subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU), criada no final da Segunda Guerra Mundial, em 1948¹ – que, no seu documento de fundação, afirma que saúde é “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002, p. 30)

Mesmo que possa parecer um salto conceitual romper com a leitura biologicista, medicalizante, prescritiva e curativa que tem como foco a “ausência de doença ou enfermidade” no corpo, o “completo estado de bem-estar físico, mental e social” é idealizado, utópico e inatingível. Por pressupor uma existência sem angústias ou conflitos inerentes à própria história de cada ser humano e de cada sociedade e, por outro, ao reforçar a ordem médica em tudo que é considerado perigoso, indesejável e desviante, torna o corpo assujeitado do outro passível de intervenção e cuidados médicos para se restabelecer a normalidade e a normatização, justificando práticas arbitrárias de controle e exclusão sociais, tais como medicalização, psiquiatrização e psicologização das relações sociais.

O conceito de saúde, todavia, está intrinsecamente articulado à produção de subjetividade, sendo que esta é inerente e inseparável à definição do processo saúde-doença, seja historicamente, na concepção restrita acima, ou mesmo no seu sentido ampliado contemporâneo, como

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4)²

Posteriormente, essa definição embasou o processo constituinte na elaboração da Constituição Cidadã, e se fez presente na seção II (da Saúde), no Art. 196, desta Constituição, entendida como “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e

1 Nesse mesmo ano, obtivemos a Declaração Universal dos Direitos Humanos, pela mesma ONU.

2 Definição deliberada na VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, em 1986. (BRASIL, 1986)

econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

No Art. 198 da Constituição Federal, dentre as três diretrizes do sistema, destacamos apenas duas para o nosso estudo: o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”; e a “participação da comunidade”. Acrescentamos que a Carta Magna tem como princípio basilar a dignidade humana e a pluralidade. (BRASIL, 1988, artigo 1º, III e V)

No sentido de regulamentar o capítulo constitucional da saúde foram promulgadas as Leis 8.080/90 e a 8.142/90 que afirmam tais diretrizes, o conceito ampliado de saúde e conformam diversos princípios, com destaque para o exposto no Cap. II, Art. 7º, alínea IV, da Lei 8.080/90, sobre a “igualdade da assistência à saúde, *sem preconceitos* ou privilégios de qualquer espécie” (grifos nossos). Neste sentido, todos os documentos acima, no seu estatuto legal e jurídico, tratam das seguintes temáticas: a saúde como direito social, a universalidade do acesso, a igualdade e equidade do acesso e do tratamento, redução de danos e riscos, a integralidade do cuidado e a participação social.

Assim, pressupõe-se que esses temas se fazem presentes na construção desta política pública e na realidade concreta do Sistema Único de Saúde (SUS), contudo isso ocorre de forma contraditória no encontro entre seus trabalhadores e usuários nos serviços de saúde e na gestão participativa e democrática entre os agentes que implementam, avaliam e controlam as ações planejadas do setor saúde.

Afirmando as mesmas diretrizes e princípios do SUS, a política pública de saúde mental, expressa na Lei 10.216/01, em seu Art 2º registra os diversos direitos dos seus usuários, dentre os quais destacamos o que se coloca na alínea II, que afirma ser direito da pessoa portadora de transtorno mental “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”; e o direito garantido pela alínea VIII, segundo o qual a pessoa deve “ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis”.

A partir deste quadro comparativo e complementar das políticas públicas de saúde e saúde mental, para o campo da saúde coletiva e não para o saber biomédico em si, mas sabendo que este é constitutivo do referido campo, a temática da diversidade sexual, como expressão das singularidades de sujeitos autoidentificados como LGBT, surge neste contexto, tanto de forma transversal até a configuração de uma política nacional de saúde integral de LGBT pelo Ministério da Saúde.

A aparição desde segmento da população usuária do SUS, durante muito tempo e até os dias atuais, restringiu-se ao campo da AIDS/HIV. Primeiro pela necessidade de organização dos movimentos sociais LGBT, surgidos entre as décadas de 1980/90, em responder prioritariamente à epidemia da AIDS e, segundo, por usuários envolvidos com a problemática dessa epidemia ocuparem a gestão, pela forma da participação e controle social, desde 1986, com a criação do Programa Nacional de DST e AIDS – hoje, Coordenação Nacional de DST/AIDS –, reforçado como espaço privilegiado de intervenção e militância, muito mais pela constituição do SUS a partir de 1990.

Entretanto, só em 2004, o governo federal lança o Programa Brasil Sem Homofobia (BSH), mas sem financiamento público, no sentido de atender as demandas dos movimentos sociais LGBT, com relação às vulnerabilidades específicas de saúde desse segmento populacional, submetido às diversas formas de preconceito, discriminação e marginalização, inclusive nos territórios dos serviços técnico-assistenciais de saúde, nos seus diversos níveis de atenção e cuidado. Não podemos esquecer das diversas resistências dos trabalhadores da saúde com relação aos atendimentos e procedimentos técnico-operativos com LGBT infectados pelo HIV/AIDS, em particular a expressão “peste gay” e toda uma gama de preconceitos, violências e mortes com que esses sujeitos foram tratados pela sociedade em geral.

No respectivo programa BSH, no campo da saúde, há sinalizadas três ações e, talvez, a principal delas seja

A formalização do Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, do Ministério da Saúde,³ com o objetivo de estruturar uma Política Nacional de Saúde para essa população. As outras duas reportam-se à produção de conhecimentos sobre saúde da população LGBT e à capacitação de profissionais de saúde para o atendimento a essa população. (BRASIL, 2004a).⁴

Entretanto, cabe destacar uma série de Portarias do Ministério da Saúde que são lançadas em seguida e que colocam esse segmento populacional como portadores de direitos e cidadania no campo da saúde, tais como a Portaria GM nº 426, de 22 de março de 2005, que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida; a Portaria GM nº 675, de 30 de março de 2006, que aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país; e a Portaria GM nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, em decorrência, tardiamente, da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.652, de maio de 2002, que permitiu a realização de cirurgia de redesignação sexual do/a transexual ou transgenitalização, já em curso no país de forma clandestina.

Em 2008, portanto, é realizada a I Conferência Nacional LGBT e, “das 559 propostas consolidadas no Relatório Final, 167 correspondem à área da saúde. No referido documento, temos um total de 166 estratégias de ação, destas, 48 dizem respeito ao campo da saúde”. (DUARTE, 2011, p. 90) Oriundo deste produto final da Conferência, o governo federal, em 2009, institui o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT, através da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República.

No entanto, somente em 2010, temos aprovada a versão final da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2010b), depois de um processo longo e demorado de debates e pactuações entre os atores institucionais necessários, inclusive com o Conselho Nacional de Saúde, que tem “uma ausência de referência explícita a transexuais” (MELLO et al, 2011, p. 16)

3 Ver a esse respeito: BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM Nº. 2.227*, de 14 de outubro de 2004.

4 Ver Mello et al. (2010), Mello et al. (2011) e Duarte (2011).

em sua Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT. No final de 2011, depois da retomada e reestruturação do Comitê Técnico de Saúde da População de LGBT no âmbito do Ministério da Saúde, tem-se aprovada a referida Política de Saúde LGBT, através da Portaria 2.836. (BRASIL, 2011a)

Contudo, a despeito dos ditos avanços no campo dos direitos sexuais para LGBT na saúde, e não exclusivamente neste setor, com a construção de uma política pública para a população LGBT, no tocante ao reconhecimento dos efeitos da discriminação, do preconceito e da exclusão destes sujeitos em diversos segmentos sociais e, em particular, no processo saúde-doença, ainda nos deparamos nos serviços de saúde com determinados discursos e práticas que colocam uma distância e um hiato entre o que está no papel, como vimos anteriormente, e o que se efetiva e concretamente se faz no cotidiano do cuidado à saúde de LGBT e, em especial, às pessoas transexuais.

Cabe destacar que muitos, ao insistirem em enquadrá-los no lugar próprio da patologia, do desvio e da segregação social, mesmo que não o sejam,⁵ esse discurso de forte conteúdo higienista e moralista foi imposto não só pelo viés do conservadorismo da ordem médica, desde que a questão da orientação sexual foi retirada da tutela policial por afetar a ordem pública; mas também pela esquerda stalinista, quando muitos homossexuais foram exilados, mortos, presos e torturados, sob o rótulo de que se enquadravam no “desvio pequeno burguês”; como até mesmo quando enquadrados como “pecaminosos” (SEFFNER, 2011, p. 67), pelo viés de certo fundamentalismo religioso presente na sociedade e, conseqüentemente, pelo credo de alguns profissionais da saúde, sejam de nível superior ou mesmo as/os agentes comunitários de saúde.

Por outro lado, as ambiguidades dos espaços vêm à tona quando temos, por exemplo, um dos recursos tecnológicos de educação em saúde, principalmente para os trabalhadores nos serviços da atenção básica, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma brochura como o Caderno de Atenção Básica (CAB)⁶ que, no seu número 26 (BRASIL, 2010a), ao tratar do tema da saúde sexual e saúde reprodutiva, apresenta um capítulo específico sobre *saúde sexual e saúde reprodutiva na diversidade* e um subcapítulo sobre a população LGBT.

Vendo assim, à primeira vista, é até interessante ter um material desse tipo. No entanto, apesar de apresentar a temática da diversidade sexual, o mesmo vem de cima para baixo e não se vê nenhuma capacitação por parte da gestão, nem para as equipes da ESF nem mesmo para as equipes de ACS, quicá no território em que se dá a articulação com as diversas redes de atenção e cuidado à saúde.

5 Salientamos que tanto na CID 10 como no DSM-IV e DSM-IV-RT houve o desaparecimento do homossexualismo enquanto categoria de patologia médica, embora encontre-se ainda na CID 10 as categorias transexualismo (F64.0) e travestismo (F64.1) como transtorno de identidade sexual, que no DSM-IV são tratadas como transtorno de identidade de gênero (F64). É por esse consenso na área da psiquiatria, que esses usuários são comumente tratados nas instituições médicas, pelos mesmos critérios diagnósticos, tanto pela CID-10 quanto pelo DSM-IV, quando do processo terapêutico e transexualizador do SUS. No entanto, emerge um movimento internacional de despatologização da transexualidade e da travestilidade para o reconhecimento dos direitos e cidadania desses segmentos “Ts” pelas expressões da identidade de gênero, no campo da saúde coletiva.

6 Trata-se de uma brochura elaborada pelo Ministério da Saúde para o trabalho de educação em saúde na atenção básica – Estratégia de Saúde da Família. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd26.pdf>. Acesso em:

Observamos que, na referida brochura e mesmo nos documentos oficiais, não se menciona nada sobre o processo transexualizador do SUS, quando muito sinaliza-se, tão somente, sobre os riscos à saúde, tanto no uso do silicone industrial pelas mulheres trans e travestis, quanto pelo uso abusivo de hormônios feminilizantes e masculinizantes pelas pessoas transexuais. A recomendação que os serviços da atenção básica têm dado, oficialmente, é que essas pessoas transexuais devem ser encaminhadas aos serviços de atenção especializados, sendo mais um/a na fila de espera por um atendimento integral à sua saúde sexual.

Isso demonstra, por um lado, a ausência de efetivação da política nacional de educação permanente do SUS para os seus trabalhadores, sobretudo para a temática da saúde da população LGBT e, em particular, sobre a transexualidade. Por outro lado, é possível sim, a partir do apoio matricial ou matriciamento,⁷ tanto a realização de um cuidado especializado às pessoas transexuais, de tratamento de hormonioterapia, na unidade básica de saúde, desde que haja uma capacitação médica para esse manejo ou mesmo a presença de um especialista em endocrinologia, quanto o acompanhamento terapêutico por algum especialista em saúde mental.

Entendemos que essa atividade-frente favorece um repensar teórico-prático e técnico-metodológico da produção do cuidado às pessoas transexuais no território mesmo em que elas vivem e se situam. Desta forma, propicia que esse tipo de ação, que é um desafio da política pública de saúde presente no local, através da ESF/ACS, bem como do NASF, esvazie as enormes filas nos serviços especializados de atenção e cuidado à saúde de transexuais, explicitando que esses sejam, somente e exclusivamente, para os procedimentos cirúrgicos do processo transexualizador do SUS. Assim, garantiremos a universalização e a equidade no acesso ao tratamento por parte dos sujeitos trans a partir da atenção básica em saúde.

No entanto, cabe destacar que infelizmente as situações de discriminação e preconceito institucional, bem como o despreparo e a falta de conhecimento sobre identidade ou expressão de gênero e orientação sexual, como o completo descaso e ignorância, formam também o cerne e o contorno sobre a questão que estamos tratando, e que muito ainda há que ser feito para reverter, minimamente, os efeitos, ainda, de anos de exclusão e invisibilidade desses sujeitos.

Ao longo dos anos, desde 1988 e da implantação do SUS, houve muitos acertos em suas ações, mas também muitos obstáculos demarcados por cenas e discursos preconceituosos que, de acordo com níveis de intensidade distintos, discriminam, estigmatizam, violentam e excluem pessoas pelas mais variadas categorias, seja classe social, raça, etnia, *identidade de gêneros, orientação sexual*, relação intergeracional ou estética corporal. (PERES, 2010, p. 309, grifo nossos)

Apesar dos relatórios das duas últimas Conferências Nacionais de Saúde e da última, de Saúde Mental, apontarem para a necessidade da formação/capacitação continuada, como

7 A respeito da prática do matriciamento e/ou equipe matricial da saúde mental na atenção básica em saúde, consultar: Brasil (2003), Campos (1999), Chiaverini et al (2011) e Coelho et al (2012). Cabe destacar que o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) se instituiu em 2008, em duas modalidades, e defendemos, pela experiência, o seu alargamento frente às novas demandas de atenção e cuidado para a saúde das pessoas trans na perspectiva do processo transexualizador.

propiciadora de acesso ao conhecimento sobre a temática da diversidade sexual, e apesar de alguns Conselhos Profissionais do campo da saúde, como o de Medicina, Psicologia (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1999) e Serviço Social (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2006) terem deliberações próprias para a inibição das práticas discriminatórias sobre a população LGBT, mas em especial aos “Ts”, compete ao Ministério da Saúde, como sinalizado no Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2012-2015), essa tarefa institucional (BRASIL, 2011b), deliberada pelo conjunto da população LGBT na I Conferência Nacional LGBT, de 2008, e que foi reafirmada, por sua lacuna ainda existente nas situações concretas dos serviços de saúde, na II Conferência, em 2011, quando da sistematização das suas diretrizes. (BRASIL, 2011c)

Embora seja verdade que a ausência da temática da diversidade sexual é presente em muitos outros setores da saúde, se articulada com a perspectiva dos direitos sexuais no campo dos direitos humanos em saúde, o tema, portanto, continua visível e operativo, na capacitação dos profissionais da área e nas campanhas de prevenção de HIV/AIDS, em decorrência dos efeitos acumulativos da presença da militância LGBT desde os anos 1980 neste segmento, tendo em vista os homossexuais terem sido vulgarmente denominados de “grupo de risco”, por conta das suas práticas sexuais discriminadas, incluindo aí homens que fazem sexo com homens (HSH).

Mas, se por um lado, foi nesse campo que a temática da diversidade sexual estreou no cenário das práticas de saúde em geral, hoje isto se amplia com o processo transexualizador do SUS, apesar de se limitarem nestes escopos, mas também se associam, de forma transversal, às outras políticas nacionais do Ministério da Saúde, como jovem e adolescente, da mulher, do homem, de humanização e da população negra, bem como, estrategicamente, ao Programa de Saúde na Escola, à Atenção Básica pela ESF, PACS e NASF, para citar algumas. Isso já é um avanço, mas tímido, no que concerne à temática da orientação sexual e, mais especificamente, das expressões das identidades de gênero, e, em particular, da transexualidade, da saúde integral de homens e mulheres transexuais.

Desta forma, a experiência acumulada mais em decorrência da epidemia de HIV/AIDS e, recentemente, o processo transexualizador vêm possibilitando, restritivamente, a quebra de paradigmas biomédicos na abordagem à saúde da população LGBT, fazendo com que muitos profissionais já refaçam, em outro patamar, a relação com seus pacientes, repensem a inter-relação entre promoção da saúde e outros direitos humanos, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos de LGBT, introduzindo outros determinantes socioculturais no processo saúde-doença, como a orientação sexual, identidade de gênero e mesmo o estigma e o preconceito resultantes, e, em decorrência destes, o enfrentamento à iniquidade em saúde, podendo produzir novas tecnologias e linhas de cuidados à saúde deste segmento, levando em consideração o conceito ampliado de saúde, ao perceber que o adoecimento e o sofrimento de LGBT podem ser agravados quando correlacionados ao seu modo de vida.

O direito à saúde integral para essa população requer o redimensionamento dos direitos sexuais e reprodutivos, demandando a desnaturalização da sexualidade e de suas formas de manifestação, bem como a recusa à medicalização da sexualidade, que tende a normatizar as

expressões da sexualidade humana segundo a lógica heteronormativa e da linearidade na determinação do sexo sobre o gênero. Isso implica considerar outros discursos sobre a sexualidade humana como legítimos, inclusive como ferramenta crítica ao saber/poder médico que tende a patologizar e medicalizar as diferenças que denunciam a não naturalidade, no humano, dos processos constitutivos e das práticas sociais e relacionais vinculadas à sexualidade. (LIONÇO, 2008, p. 18)

No entanto, sinalizamos alguns desafios por nós encontrados quanto ao rompimento com certos tabus presentes no cotidiano das instituições de saúde, com destaque para a atenção básica, particularmente, com relação às pessoas trans; um deles se coloca na ordem do medo. Tanto do lado do profissional quanto dos usuários, quando se tem que dizer alguma informação quanto a determinados assuntos ligados à sexualidade, é observável que impera um silêncio ou mesmo um interdito sobre o tema das práticas sexuais.

A nosso ver, isso demonstra que mesmo que o cuidado em saúde esteja intrinsecamente ligado ao contato interpessoal entre o profissional e o/a paciente, há um encontro entre sujeitos, entre intersubjetividades, já que o processo de trabalho em saúde depende desses dois sujeitos, na perspectiva da integralidade deste mesmo cuidado. Observa-se que não é em qualquer lugar que se fala sobre isso, nem é para qualquer um que se permite essa abertura de diálogo, exceto para os campos de HIV/AIDS e no processo transexualizador, em que já há um acúmulo jurídico e normativo quanto ao manejo deste mesmo cuidado.

Por outro lado, e frisamos, ainda há uma ignorância ou preconceito por parte dos profissionais da saúde, independente de sua área de conhecimento, em abordar questões ligadas à sexualidade revelada ou em lidar com um “corpo diferente”. O estranhamento, muitas vezes, cria resistência e repulsa em ambos os agentes na atenção à saúde, quando não, omissão ou indiferença. Isso interfere em muito na produção do cuidado em saúde, no projeto terapêutico singular e na conduta dos trabalhadores.

Assim, as situações vexatórias, os olhares curiosos, atitudes preconceituosas e discriminatórias são presentes no contexto assistencial em saúde, particularmente no campo da atenção básica, em que se apresenta de forma ambígua. Isso decorre porque a ESF, em particular as/os ACS, estão inseridos no cotidiano das famílias em suas diversas formações, ou por conta da assistência domiciliar ou porque atendem na unidade básica toda a família adstrita, o que revela um elo entre a comunidade e a unidade de saúde, pautado nas relações entre as pessoas, e isso é observado quando esses mesmos agentes de saúde convivem e residem no mesmo território que os seus usuários – as pessoas LGBT e em particular, as/os trans –, por se constituírem na mesma comunidade.

O lidar com a diferença e a singularidade dos sujeitos LGBT não se limita aos muros das instituições da saúde, no entanto promover o respeito à diversidade é orgânico aos padrões civilizatórios de uma sociedade justa e solidária. Todas as profissões da saúde, mesmo aquelas que até agora não se pronunciaram quanto a isso – e no campo da atenção básica, tomando a equipe de referência, a enfermagem e odontologia –, em seus fóruns de deliberação, devem assumir coletivamente o compromisso de contribuir com essa mudança, no caso, a partir da territorialidade das ações em rede de atenção à saúde, que está atrelada à acessibilidade,

interdisciplinaridade, integralidade e intersetorialidade, na perspectiva da clínica ampliada e da diferença e da pluralidade na determinação social do processo saúde-doença-cuidado.

Essas diferenças não podem continuar sendo usadas como instrumento para perpetuar tratamentos desiguais e discriminatórios, e sim a emancipação e o respeito à dignidade humana. A existência das mais variadas formas de diversidade, portanto, devem ser vistas e trabalhadas como própria da condição humana, afinal somos diversos e plurais e nisso reside a democracia e a garantia dos direitos sexuais e humanos, inclusive no campo da saúde.

Referências

APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases (DSM-IV-TR)*: text revision. 4th ed. text revision. Washington (DC): APA; 2000.

APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases (DSM-IV)*. 4th ed. Washington (DC): APA, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 2.836*, de 01 de dezembro de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. *Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2012 – 2015)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS HUMANOS PARA LGBT, 2., 2011. Brasília. *Anais...* Brasília: SDH/PR, 2011c.

_____. *Cadernos de Atenção Básica (CAB)*, n. 26: Saúde sexual e saúde reprodutiva. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. *Política Nacional de Saúde Integral de LGBT*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT*. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, 2009.

_____. *Portaria GM nº 1.707*, de 18 de agosto de 2008. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. *Portaria GM nº 675*, de 30 de março de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Portaria GM nº 426*, de 22 de março de 2005. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil Sem Homofobia*: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. *Portaria GM nº 2.227*, de 14 de outubro de 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. SAS/DAPE/DAB/Coordenação Geral de Saúde Mental; Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Brasília-DF/MS, n. 1, 2003.

_____. *Lei Federal Nº. 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990.

_____. *Lei Federal Nº. 8142*, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF, 1990.

_____. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 1986. Brasília. *Relatório...* Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1986.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 1988.

CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde, *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 4, n. 2, p. 393-404, 1999.

CHIAVERINI, D. H. et al. (Org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília-DF; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva/CEPESC-IMS-UERJ, 2011.

COELHO, D. A. M. et al. (Org.). *Sobre o início do matriciamento em Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro: Reflexões, relatos e recomendações*. Rio de Janeiro: PCRJ, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1.652/2002*, de maio de 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução nº 01/1999*, de 22 de março de 1999.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Resolução nº 489/2006*, de 3 de junho de 2006.

DUARTE, M. J. de O. Diversidade Sexual e Política Nacional de Saúde Mental: contribuições pertinentes dos sujeitos insistentes, *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social da UERJ, v. 9, n. 28, p. 83-115, dez. 2011.

LIONÇO, T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em busca da integralidade e da equidade, *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.

MELLO, L. et al. (Org.). *Políticas Públicas para a população LGBT: Um mapeamento crítico preliminar*. Goiânia: Ser-tão – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade da FCS/UFG, 2010. Disponível em: <<http://www.sertao.ufg.br/politicaslgbt/>>. Acesso em: 19 maio 2011.

_____. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade, *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, n. 9, p. 7-28, dec. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2933/293322075002.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: OMS, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório Mundial da Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

PERES, W. S. Travestis, Cuidado de Si e Serviços de Saúde: Algumas reflexões. In: COSTA, H. et al. (Org.) *Retratos do Brasil Homossexual: fronteiras, subjetividades e desejos*. São Paulo: Edusp, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2010. p. 303-319.

SEFFNER, F. "Composições (com) e resistências (à) norma: pensando corpo, saúde, políticas e direitos LGBT". In: COLLING, L. (Org.). *Stonewall 40 + o que no Brasil?*. Salvador: EdUFBA, 2011. p. 57-78. (Coleção Cult).

Processo transexualizador no Rio de Janeiro: considerações introdutórias a partir do olhar do serviço social

Márcia Cristina Brasil Santos
Guilherme da Silva Almeida
Ludimila Souza dos Santos Vasconcelos
Elizabeth da Luz Marques
Samantha Guedes

Introdução

O processo transexualizador é um programa que compõe a política de saúde brasileira e atualmente inclui procedimentos de diferentes graus de complexidade e ampla diversidade técnica, como parte da assistência em saúde destinada a pessoas transexuais. Embora o termo *transexual* seja do ponto de vista histórico relativamente recente, a androginia, concebida genericamente como ambivalência sexual, é representada visualmente nas mais variadas culturas artísticas de todos os tempos. (BERBARA; FONSECA, 2012) O conceito de dois sexos distintos e opostos, cada um possuindo uma *psique* característica distinta, e a vinculação do comportamento ao sexo, do gênero à genitália, definindo o feminino pela presença da vagina e o masculino pelo pênis, remonta ao século XIX. (WEEKS, 1999; LEITE JÚNIOR, 2012; BENTO, 2008) Ele não é, portanto, uma percepção que “sempre esteve presente na sociedade”, mas uma construção social fundamental à manutenção de uma determinada ordem econômica, política e cultural.

Neste sentido, as pessoas travestis e transexuais, com suas múltiplas maneiras de vivenciar a travestilidade e a transexualidade, ajudam a questionar, mesmo que sem a intenção, as

normas de gênero que regem nossos conceitos de sexo, gênero e, no limite, de humano, explicando que essas normas também são fluidas e transitórias. (LEITE JÚNIOR, 2012) Grosso modo, a medicina concebe a transexualidade como um transtorno de identidade de gênero caracterizado por uma discordância entre o sexo biológico/anatômico de um indivíduo e sua identidade. Em decorrência disso, o Conselho Federal de Medicina (2002) considera que o “paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição ao fenótipo e tendência à automutilação e ou autoextermínio, sendo legítimo, em função disto, o recurso à cirurgia de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários, com o propósito terapêutico específico de adequação ao sexo psíquico”. A compreensão que vem sendo contemporaneamente tecida por teóricos das Ciências Sociais é diversa da anterior e serve de referência para este artigo. Bento (2008, p. 16) ressalta que o “problema” da transexualidade não deve ser buscado na *psique* individual, mas nas relações de gênero.

O mais debatido destes procedimentos, que é realizado apenas em grandes hospitais, são as cirurgias de transgenitalização, conforme o Anexo 4 da Portaria nº 457 emitida pelo Ministério da Saúde em 19 de agosto de 2008. É esta Portaria¹ que regulamenta diretamente hoje o funcionamento do processo transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por realizar as cirurgias de transgenitalização e por ser um hospital *universitário* de grande porte, o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) tornou-se, ao lado de outras três grandes unidades de saúde ligadas a universidades públicas do país, uma das quatro Unidades de Atenção Especializada no Processo Transexualizador no SUS. Entendemos por processo transexualizador, neste capítulo, “o conjunto de alterações corporais e sociais que possibilitam a passagem do gênero atribuído para o gênero identificado; a cirurgia de transgenitalização não é a única etapa deste processo” (BENTO, 2008, p. 146), cabendo ao sistema de saúde e demais segmentos das políticas públicas (educação, assistência social, previdência social, entre outras), além do Poder Judiciário, uma ampla e complexa teia de ações.

Tais ações, embora não sejam disponíveis com o alcance e a qualidade almejada, de maneira geral estão orientadas no sentido de garantirem o acesso e usufruto de direitos elementares a pessoas transexuais. Estão associadas a princípios inalienáveis a serem perseguidos por todos aqueles/as que sonham com uma sociedade mais justa e emancipada, na qual os direitos humanos sejam respeitados e garantidos a todos/as, como o direito de ir e vir, o direito à liberdade de expressão, à saúde, à própria possibilidade de continuar existindo.

O Hospital Universitário Pedro Ernesto como um dos centros de referência para o processo transexualizador no Brasil

O Hospital Universitário Pedro Ernesto configura-se no Brasil como um dos quatro centros de referência para o processo transexualizador do SUS, atendendo transexuais do estado do Rio

¹ Diário Oficial da União (D.O.U.) n. 160, publicado numa quarta-feira, 20 de agosto de 2008, seção I, p. 68. Atualmente, a referida Portaria se encontra em revisão a partir de um grupo de trabalho coordenado pelo Departamento de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, que inclui fundamentalmente especialistas da área biomédica e algumas pessoas transexuais que atuam como militantes do movimento LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais).

de Janeiro e de vários outros estados do país. O programa que coordena tal serviço tem como referência médica a equipe de urologia do hospital, tendo como centro desta equipe um médico responsável pelas cirurgias de reconstrução genital. Atualmente, os profissionais identificados para a atenção aos transexuais do programa são assistentes sociais, psicólogo e psiquiatra, além dos médicos urologistas.

A primeira cirurgia de transgenitalização no HUPE ocorreu há cerca de dez anos, quando o hospital recebeu em 2003 uma intimação judicial para a realização da cirurgia que incluísse todos os procedimentos para criação de uma genitália feminina numa mulher transexual, que lutava há sete anos na justiça para obter na esfera pública a realização do procedimento, sob alegação de falta de condições econômicas para tal. Apesar de se constituir como primeiro caso de cirurgia de readequação sexual no referido hospital, o médico responsável possuía a experiência necessária, pois já realizava procedimento com técnica bastante semelhante em crianças com genitálias ambíguas, conhecidas no passado como hermafroditas. (SILVA, 2012)

Posteriormente ao caso supracitado, foram surgindo outras demandas e novas cirurgias foram realizadas no HUPE pelo médico urologista, hoje coordenador do programa. No entendimento do mesmo, as cirurgias realizadas em transexuais fazem parte de um único conjunto de procedimentos técnicos de reconstrução genital destinados a todos/as os/as usuários/as da urologia do HUPE, que podem ser por diferentes necessidades como traumas, acidentes ou a própria transexualidade.

A Resolução 1.652 de novembro de 2002 do CFM já fornecia a base normativa para a realização regular dos procedimentos em transexuais e, acompanhado da crescente demanda, o serviço buscou se organizar em termos de estrutura e capacitação de pessoal para um atendimento integral aos sujeitos que vivenciam a transexualidade. Foi uma tarefa um tanto complexa, considerando a necessidade de articulação com outros setores do hospital e a necessidade da *expertise* de profissionais de outras áreas de atuação, além da urologia, que por sua vez tinham a temática da transexualidade como algo novo ou até mesmo desconhecido. (SILVA, 2012)

As Portarias 1.707/2008 e 457/2008 do Ministério da Saúde, ao instituírem o processo transexualizador no SUS, engendram as prerrogativas necessárias para o credenciamento das unidades de saúde que serão responsáveis pela condução desse procedimento no Brasil. No caso do Rio de Janeiro, a unidade de saúde responsável por este atendimento é o Hospital Universitário Pedro Ernesto, atendendo aos critérios exigidos pela referida Portaria em seu artigo 2º, ao definir as diretrizes dessa assistência, como se pode observar com a seguinte transcrição:

Definir como Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador – a unidade hospitalar que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada aos indivíduos com indicação para a realização do processo transexualizador e possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados a este tipo de atendimento. (BRASIL, 2008b)

De acordo com o Parágrafo Único dessa Portaria, as características da Unidade de Atenção Especializada a ser credenciada deverão:

I- Ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400, de 02 de outubro de 2007;

II- Ser Hospital contratualizado com o SUS de acordo com a Portaria Interministerial nº 1.006, de 27 de maio de 2004, Portarias GM/MS nº 2.352, de 26 de outubro de 2004, nº 1.702, de 17 de agosto de 2004, e nº 1.703, de 17 de agosto de 2004;

III- Estar articulado e integrado com o sistema de saúde local e regional;

IV- Dispor de estrutura de pesquisa e ensino organizados, com programas e protocolos estabelecidos para o processo transexualizador; e

V- Ter adequada estrutura gerencial capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas. (BRASIL, 2008b)

Além dessas diretrizes, cabe à unidade credenciada constituir um aprimoramento que responda às atribuições de uma Unidade de Atenção Especializada, assim definidas no artigo 3º da referida lei:

Apoiar a implantação das Diretrizes do Processo Transexualizador no SUS, que deve se pautar: a) Na integralidade da atenção, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas; b) Na humanização da atenção, promovendo um atendimento livre de discriminação, inclusive através da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana; e c) Na constituição de equipe interdisciplinar e multiprofissional. (BRASIL, 2008b)

No que diz respeito à integralidade da atenção, é primordial o entendimento de que o sujeito submetido ao processo transexualizador necessita de um acompanhamento que vá ao encontro das múltiplas demandas que sua identidade de gênero impõe, reivindicando a atuação de diversos profissionais em resposta a inúmeras necessidades que não se esgotam no ato cirúrgico por si só. No que diz respeito aos Recursos Humanos, a Portaria 457/2008 coloca como parte da equipe mínima do processo transexualizador:

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

quiatra e endocrinologista. Estes profissionais devem possuir comprovada certificação de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina; - Psicólogo; - Assistente Social. (BRASIL, 2008b)

No que tange ao Serviço Social, cabe destacar que a equipe de assistentes sociais do Hospital Universitário Pedro Ernesto está dividida entre as seguintes áreas de atuação: Saúde mental, Saúde da criança, Saúde da Mulher, Saúde do adolescente, Saúde do Adulto e Saúde do Idoso. A equipe que atende os/as usuários/as no processo transexualizador insere-se na área de Saúde do adulto e, até pouco tempo atrás, se subdividia entre a equipe que prestava atendimento aos usuários/as que se encontravam em acompanhamento ambulatorial e os/as usuários/as que se encontravam internados nas enfermarias.

Ao perceber a necessidade de uma atuação profissional que fosse além do atendimento originado por demandas espontâneas ou já nas vésperas da cirurgia, como, também, a necessidade de atender os requisitos da Portaria 457 do Ministério da Saúde, o Serviço Social iniciou um processo de reorganização de sua intervenção, buscando realizar um atendimento mais integral e de qualidade para os usuários e usuárias que vivenciam a transexualidade.

Esta nova organização e a necessidade de respostas qualificadas às diferentes demandas que perpassam a transexualidade impulsionam a busca de uma maior qualificação teórica para os integrantes da equipe. Neste sentido, configura-se como de grande relevância a articulação com a Faculdade de Serviço Social/UERJ, na forma de assessoria do professor Guilherme da Silva Almeida, por conta de sua trajetória acadêmica e política no campo de estudos da diversidade de gênero e sexualidade. A assessoria iniciou em 2011, a princípio de maneira informal, transformando-se posteriormente em um projeto de extensão com a oferta, inclusive, de estágio.

Seguindo esta perspectiva de conceber o espaço de trabalho também como espaço de formação e qualificação de novos profissionais, temos em 2012 a primeira experiência no que diz respeito à inserção de residentes de Serviço Social no processo transexualizador. Esta inserção demarca a qualificação pioneira no Rio de Janeiro, no sentido de intervenção profissional, de assistentes sociais na temática da diversidade de gênero e sexualidade, especialmente em transexualidade, como também elucida um dos papéis fundamentais de um hospital universitário no cumprimento do tripé ensino, pesquisa e extensão.

A nova lógica de trabalho proporcionou uma maior aproximação tanto com os/as usuários/as do programa, quanto com os outros profissionais que atuam no processo transexualizador do HUPE. A busca da equipe pelos/as usuários/as, e não apenas o contrário, permitiu aos/as mesmos/as a identificação dos profissionais, assim como proporciona a compreensão das atribuições do assistente social no âmbito da saúde e das políticas públicas.

Assim, este atendimento mais sistematizado nos permite visualizar a amplitude de demandas que cada usuário/a apresenta, sendo para o serviço tão importante quanto os procedimentos cirúrgicos. Cabe destacar que as assistentes sociais da equipe vêm dirigindo atendimentos e ações, principalmente no último ano, a usuários/as que não estão inscritos/as no

processo transexualizador. Geralmente, estes/as usuários/as buscam o Serviço Social para obter informações sobre inscrições no programa, mas entendendo que, assim como os/as transexuais já inscritos, outras demandas, ainda que não verbalizadas, se fazem presentes na vida daquele/a sujeito/a, procuramos orientá-los e intervirmos para garantia de seus direitos, conforme sugere as diretrizes do SUS para este atendimento:

O usuário que procure o sistema de saúde demandando amparo para sua condição de sofrimento decorrente da incongruência entre sexo anatômico e o sentimento de pertencimento ao sexo oposto ao do nascimento será acolhido e submetido à avaliação inicial, feita por um psicólogo e outro profissional da equipe multiprofissional, em ambulatório ou hospital credenciados/habilitados como Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador [...]. (BRASIL, 2008b)

Não observamos ainda, no Processo Transexualizador do Hospital Universitário Pedro Ernesto, uma organização multiprofissional que dê conta da lógica de “acolhimento” colocada pelo Ministério da Saúde. Porém, cabe acrescentar que, além do Serviço Social, a unidade de psiquiatria, através de um único médico psiquiatra, vem atendendo usuários/as não inscritos no programa. Os atendimentos realizados na psiquiatria configuravam-se como uma das portas de entrada para o processo transexualizador no HUPE, mas atualmente a única porta de entrada é através de inscrição direta no setor de urologia, geralmente uma vez por ano.

Portanto, estamos nos reportando a uma atenção especializada de referência no país, que atende minimamente os requisitos legais colocados pelas portarias, mas que tem um longo caminho a percorrer em termos de integralidade da atenção, sensibilização dos trabalhadores da saúde e respeito institucional. Enquanto assistentes sociais, buscamos imprimir um trabalho que respeite a diversidade dos sujeitos/as e articule ao máximo as políticas sociais, considerando que questões relacionadas à moradia, educação, trabalho e renda vão impactar diretamente nas condições de vida e de saúde dos/as sujeitos/as transexuais.

Perfil dos usuários transexuais atendidos no Hospital Universitário Pedro Ernesto: o olhar da equipe de Serviço Social

De acordo com as Diretrizes de Assistência ao indivíduo com indicação para a realização do Processo Transexualizador, um dos papéis do assistente social na equipe multiprofissional é o de reconhecer a dinâmica relacional do usuário, a fim de promover estratégias de inserção social na família, no trabalho, nas instituições de ensino e nos demais espaços sociais presentes na vida do usuário transexual.

Nesse sentido, apresenta-se para a intervenção profissional uma gama bastante diversificada de demandas trazidas pelos usuários que chegam ao Serviço Social, traduzidas a partir das queixas quanto à demora do procedimento cirúrgico, os conflitos familiares causados pela rejeição, a rede de apoio restrita, a fragilidade em termos de cobertura previdenciária, a dificuldade

na garantia do trabalho e o acesso aos medicamentos, o tratamento fora do domicílio (TFD),² os estigmas e preconceito social que envolve o espaço de inserção escolar, moradia e demais esferas sociais, bem como questões acerca da retificação de nome e gênero nos documentos pessoais.

No interior deste campo, o olhar do profissional que aí se insere precisa superar as fragmentações, buscando tecer suas análises e intervenções no sentido de materializar a integridade na elaboração, gestão e na oferta dos serviços. A realidade tem nos apontado que, para o enfrentamento de tais questões, é preciso que se empreenda um esforço coletivo de qualificação de recursos humanos, bem como o comprometimento com a articulação dos diversos campos das políticas sociais.

As usuárias e usuários que temos atendido no cotidiano do hospital universitário são os mesmos que têm seus direitos interditados no âmbito da educação, da previdência, da assistência social. Essas mulheres e homens que ousaram desafiar o padrão da heteronormatividade compulsória narram, durante os atendimentos sociais, suas trajetórias de interdições aos direitos mais básicos e as repercussões desse *não acesso* às suas vidas, materializando-se, na atualidade, em fragilidades no campo educacional, no campo do trabalho, da vinculação previdenciária – que, associados ao preconceito, tornam a arte de viver uma tarefa bastante árdua.

Em relação às pessoas transexuais atendidas pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto, destacam-se 208 pessoas inscritas. Dentre estas, o Serviço Social acompanha sistematicamente 87 usuários, os quais três não estão inscritos no programa. Desta forma, os dados ora apresentados constituem uma amostragem de 84 usuários/as.

Estes três usuários/as não inscritos ilustram de certa forma a crescente demanda, já apontada anteriormente, por inserção no processo transexualizador do Estado. Enquanto profissionais de saúde, entendemos a necessidade de um atendimento de qualidade a todos os/as usuários/as que demandarem por nossa atuação, independente de inscrições em programas ou projetos específicos, sendo esta uma das possibilidades de *democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional*. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1993)

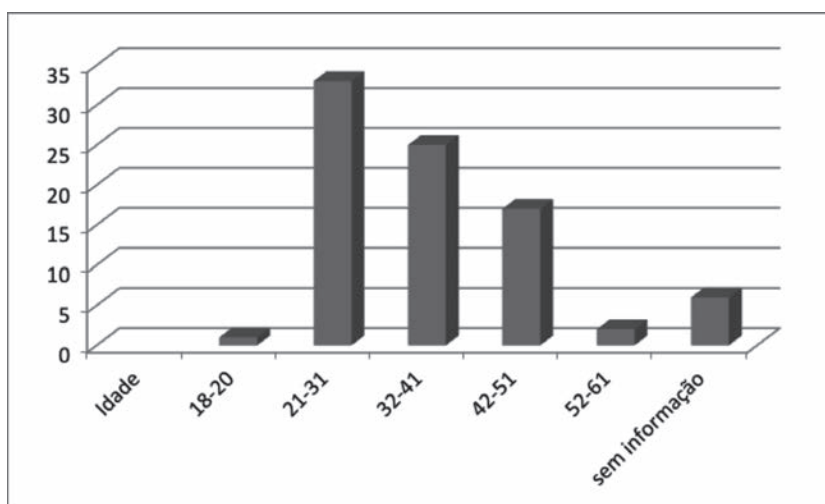
Pode-se afirmar com base nessa aproximação ainda parcial, posto que não representa a totalidade dos inscritos no programa, que esta população é predominantemente jovem e em sua esmagadora maioria pertencente à fase economicamente produtiva de seu ciclo vital, o que torna ainda mais dramática sua inserção social e suas condições de vida. São pessoas que estão aptas a comporem o mercado de trabalho, a produzirem e reproduzirem sua existência, mas que, em geral, colocam suas vidas “em suspensão” enquanto esperam o “dia mágico” em que elas sejam autorizadas, por um ato cirúrgico, a seguirem seus rumos, a construírem suas estradas. É muito comum ouvir nos atendimentos discursos que apontam para uma “suspensão da vida”, espécie de pausa na existência que só será “resolvida” após a cirurgia: “após a cirurgia

² Instituído pela Portaria SAS nº 55/1999, o TFD “visa garantir o deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para municípios ou estados de referência, quando o município de origem não dispuser do tratamento necessário ao restabelecimento da saúde do paciente”. (BRASIL, 1999)

eu consigo trabalho”, “após a cirurgia meu namorado me assume para a família e amigos dele”, “após a cirurgia eu volto a estudar”.

Para fins deste estudo, agrupamos os usuários em 5 blocos etários, onde pudemos observar que predominam as idades entre 21 e 41 anos, representando 69% dos pacientes atendidos; outros 22% dos usuários têm a idade predominante entre 42 e 61 anos.³

Gráfico 1 - Faixa etária



Aqui se faz importante mencionar que a Portaria 457 que regulamenta o processo transexualizador no SUS, considerando a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1652/2002, estipula como um dos critérios para inserção no processo transexualizador que o/a usuário/a tenha, no mínimo, 21 anos, fato que se revela na quase total ausência em nossa pesquisa de pessoas transexuais com idade entre 18 e 21 anos, não significando, no entanto, a não existência de transexuais nessa condição e mesmo adolescentes que buscam o serviço demandando informações e esclarecimentos a este respeito.

Para efeitos da informação sobre a cor da pele, tomamos como referência as categorias de classificação de cor ou raça do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que considera a característica declarada pelas pessoas de acordo com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena. Dentre as pessoas atendidas em nosso programa, esta distribuição se deu da seguinte forma: 8 pessoas se declararam pretas, 29 são pardas, 33 pessoas se declararam brancas e em 29 entrevistas não foi possível obter esta resposta.

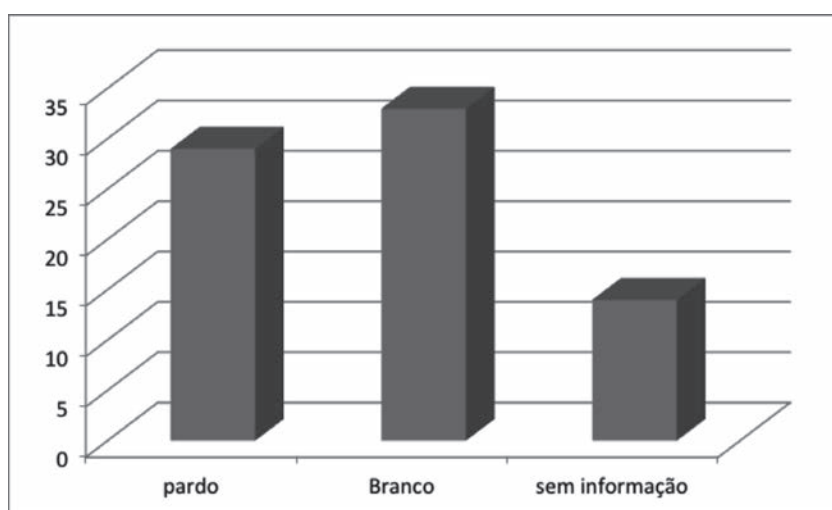
Consideramos muito expressivo o número de resposta em branco para essa indagação, o que nos levou a questionar sobre o que motivava tal “silêncio”: se este fato se reportava a uma

³ Dentre os 84 usuários participantes deste estudo, 1 está na faixa etária de 18-20 anos, 33 tem a idade entre 21 e 31 anos, 25 se concentram na faixa de 32-41 anos, 17 pessoas tem entre 42 e 51 anos e 2 pessoas estão entre a idade de 52-61 anos. Não obtivemos essa informação entre 7 pessoas atendidas.

dificuldade da equipe em abordar a questão da cor/raça ou se era relativa à estrutura do próprio instrumento de coleta de dados. Neste caso, parece-nos que as duas hipóteses são viáveis. Ainda que essas dificuldades comparecessem, foi possível identificar a presença de 37 pessoas consideradas negras ou pardas atendidas pela equipe de serviço social no programa, representando 45% das pessoas acompanhadas.

Não temos nenhum estudo no serviço que aponte a questão étnica racial como um agravante no rol dos obstáculos enfrentados por esses usuários, no entanto, quando refletimos a situação do negro na sociedade de maneira geral, tendemos a acreditar que ser transexual e negro represente mais dificuldades de aceitação e inserção social do que ser transexual branco.

Gráfico 2 – Raça/etnia



Sabemos que o Brasil, embora possua a maior concentração de população negra fora da África, é também o país onde este grupo social está desproporcionalmente representado em posições de poder, sendo, do ponto de vista econômico e social, mais pobre e, em termos educacionais, menos instruído que o restante da população brasileira. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004)

A população negra ocupa posições menos qualificadas e de pior remuneração no mercado de trabalho; reside em áreas com ausência ou baixa disponibilidade de serviços de infraestrutura básica; sofre maiores restrições no acesso a serviços de saúde e, estes, quando disponibilizados, são de pior qualidade e menor resolutividade. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004; INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2003; PAIXÃO, 2000; DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2000) Embora não dispomos de estudos formais a este respeito, temos a percepção de que tais questões tornam-se ainda mais eloquentes quando, à variável de raça/cor, acresce-se a questão

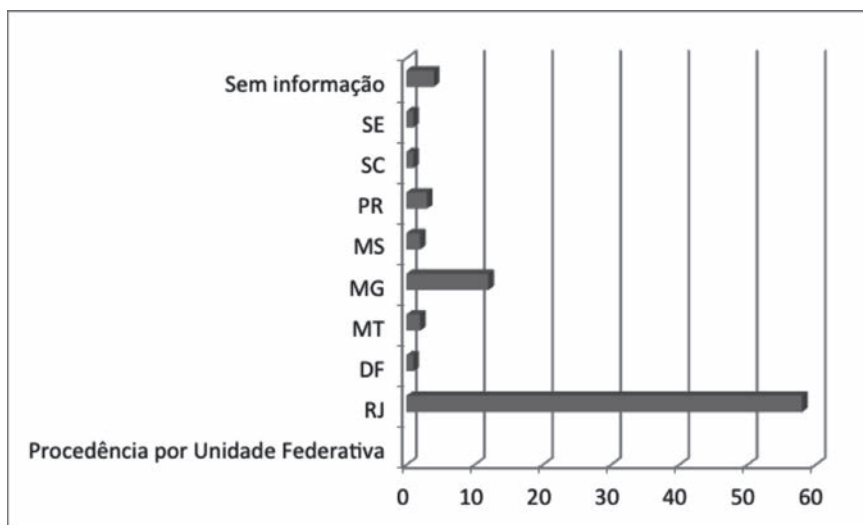
da diversidade de gênero/orientação sexual, como é o caso das pessoas transexuais atendidas em nosso serviço.

Quanto à questão da procedência dos usuários, temos a considerar que o número restrito de serviços disponíveis a prestar este tipo de assistência – apenas 4 em todo o Brasil – obriga estas pessoas a um trânsito constante entre um estado e outro em busca de atendimento, muitas delas migrando de seus locais de moradia para ficarem mais próximas do serviço a que se vinculam, sobretudo por que alguns centros restringem o atendimento à população do Estado, situação que não se aplica ao Rio de Janeiro.

Assim, as diferentes regiões de moradia dos/as usuários/as atendidos sugerem, em certa medida, a proporção desta demanda, já que temos usuários/as de diferentes regiões da cidade do Rio de Janeiro, como também de outras regiões do estado e do país. É importante destacar o que isto pode representar para uma população predominantemente jovem, mas do mesmo modo predominantemente fora do mercado de trabalho, com frágeis vínculos familiares – como veremos adiante – e sem suporte financeiro contínuo e suficiente para arcar com os custos desse deslocamento e permanência no local em que se dará o acompanhamento do processo transexualizador.

Quanto aos/as usuários/as que moram em outros estados, foram atendidos/as pela equipe de serviço social 26 pessoas assim distribuídas: 12 usuários de Minas Gerais, 3 do Paraná, 2 do Mato Grosso, 2 do Mato Grosso do Sul e 1 do Distrito Federal, Santa Catarina e Sergipe, respectivamente.

Gráfico 3 – Procedência por Estado



Chama-nos a atenção a incidência de usuários/as de Minas Gerais, que é um grande estado da região Sudeste, o maior em extensão territorial e em número de municípios, mas que ainda não dispõe de um serviço que inclua cirurgias, apenas o atendimento ambulatorial (Uberlândia).

Vale também sinalizar que há um contingente considerável de usuários/as das regiões Centro-Oeste e Sul, que dispõem de Centros de Referência, mas que, por algum determinante que carece de investigação, não estão absorvendo estas pessoas. A demanda da região Nordeste e Norte, que a princípio nos parecia mais numerosa, não se concretiza ou pode ser que ainda não tenha chegado ao serviço social, limitando-se apenas às especialidades médicas (psiquiatria e urologia) e à psicologia.

Outra questão referente aos usuários procedentes de outros estados diz respeito à ainda incipiente estrutura e organização dessa política no que tange à secretaria de saúde do Estado e à instituição credenciada para realizar os atendimentos. Configura-se uma situação que é resultante das dificuldades da gestão, planejamento e implementação dessa assistência que, no caso do Rio de Janeiro, ainda não foi plenamente assumida pelo gestor estadual. Advém daí uma complexa teia de problemas que repercutem diretamente sobre a instituição que realiza a assistência, que acaba por ficar exposta a uma série de expectativas e cobranças dos mais variados entes (usuários, organizações não governamentais, judiciário, secretarias municipais, demais estados, entre outros).

Essa é uma situação que impõe muitas dificuldades ao pleno funcionamento do programa, mas que geralmente não é percebida como tal, o que resulta em um olhar restrito e fragmentado do analista menos atento. O centro de referência é cobrado, por exemplo, por não estar preparado para o acolhimento dos pacientes que vêm de outros estados (e não só), uma vez que inexistente dentro do programa qualquer planejamento e estrutura para receber esses usuários que vêm para consultas ou procedimentos e não têm onde ficar, enquanto os aguarda.⁴

No entanto, esta questão ultrapassa as responsabilidades institucionais do Centro de Referência do Rio de Janeiro, demandando ações de planejamento, financiamento e gestão tanto do Estado em questão, quanto daqueles da procedência dos usuários. A título de ilustração, destaca-se que não há um fluxo de encaminhamento formal desse paciente entre um estado e outro, nem mesmo um contato entre as instituições, à exceção do responsável local pelo Tratamento Fora de Domicílio.

Nesse contexto, o usuário transita sozinho por entre esses circuitos sem que receba nenhum suporte:⁵ em geral saem da consulta com exames prescritos, outras consultas agendadas e literalmente têm que “se virar” para viabilizar tudo o que precisam para cumprir o que foi proposto e como, geralmente, também não são acompanhados em seus estados de origem, carecem de apoio inclusive em suas regiões para o seu devido anteparo, acarretando muitas vezes em embaraços para demais cuidados em saúde, quando necessário.

Neste caso, por exemplo, se o paciente sente um desconforto e necessita de atenção médica em qualquer aspecto é, invariavelmente, orientado a procurar a equipe do processo transexualizador, que está distante do mesmo, levando-o a uma verdadeira via-crúcis para garantir

4 É comum a pessoa viajar de ônibus entre 8 e 20 horas e não ter um local em que possa descansar enquanto aguarda a consulta. Se o intervalo entre uma consulta e outra for grande, ou se este usuário tiver que fazer um exame complementar em dia diferente do atendimento, certamente enfrentará uma situação bastante difícil. As “soluções” encontradas são geralmente estes pacientes pernoitarem sentados nos bancos da instituição ou ficarem em casa de pessoas que acabam conhecendo nas salas de espera.

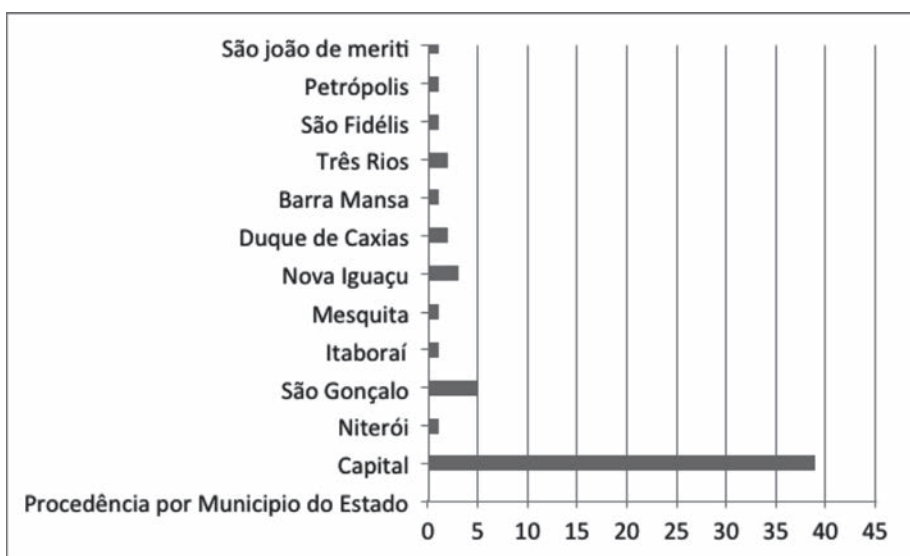
5 A equipe de serviço social tem, nestes dois últimos anos, se estruturado para dar o suporte possível nestes casos, mas se depara com limites institucionais e gerenciais de difícil superação.

o seu atendimento, com o agravante de não dispor de nenhum órgão que intermedeie o seu cuidado entre um estado e outro.

Ressalta-se aqui a importância do TFD, recurso utilizado por todos os pacientes que moram fora do Rio de Janeiro, porém salientamos que apenas viabilizar o transporte para o tratamento não resolve as questões desses pacientes, uma vez que estas não se limitam a esta matéria.

Os pacientes que residem no Estado do Rio de Janeiro também encontram dificuldades relacionadas ao deslocamento, uma vez que não podem contar com o recurso do TFD, já que este não se destina aos moradores de localidades que disponibilizam o tratamento de sua necessidade ou aos que moram a menos de 50 km do local de atendimento médico. Assim, os mesmos são sobrecarregados com os custos do deslocamento para as consultas médicas e demais atendimentos com a equipe multiprofissional e, como não são portadores das doenças elegíveis para a concessão do transporte gratuito municipal e intermunicipal, encontram significativas dificuldades para manterem seu acompanhamento em saúde.

Gráfico 4 – Procedência por Município do Estado do RJ



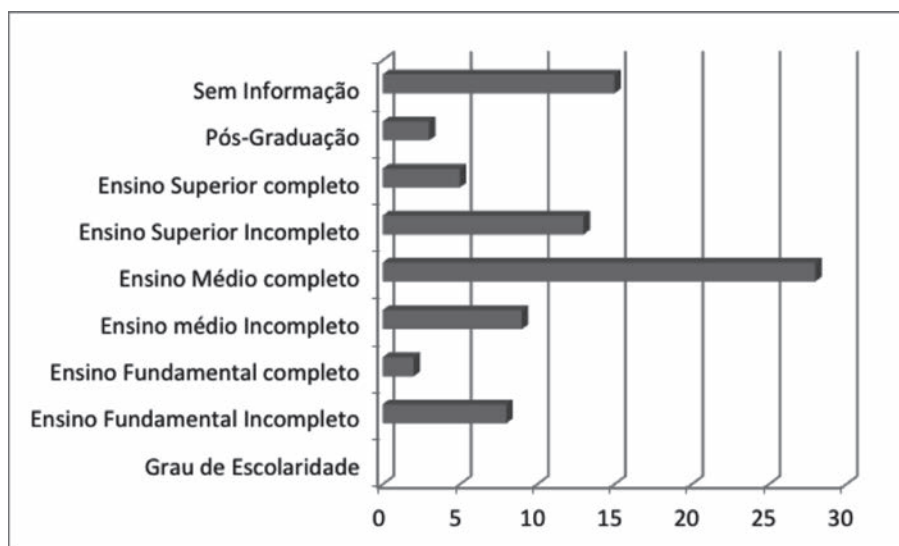
Lembramos mais uma vez que estamos enfocando um grupo de indivíduos que encontram também dificuldade de inserção no mercado de trabalho e em seu suporte sociofamiliar e assistencial, de modo que a manutenção financeira do tratamento não é mais fácil pelo fato de residirem mais próximos do local da assistência.

Entre os usuários cadastrados no serviço e já atendidos pela equipe de assistentes sociais, o maior percentual de pessoas reside na capital do Estado. Isto representa em números absolutos 39 usuários que moram nos mais diversos bairros da cidade do Rio de Janeiro, mas nenhum deles pode abrir mão do transporte para se locomoverem até a instituição.

Quanto aos dados referentes ao campo de acesso às políticas públicas relativas à segurança e proteção social, nossa perspectiva nos atendimentos se reporta à concepção ampliada de saúde e aos conceitos de integralidade e intersetorialidade no que tange aos atendimentos realizados. Nesse sentido, a preocupação é sempre enxergar o usuário dentro de uma perspectiva de totalidade. Com isso, quando elegemos o item “escolaridade”, estamos relacionando este quesito às demais políticas que dele dependem ou se aproximam.

Os dados a esse respeito nos surpreenderam em certa medida, já que, a “olho nu”, nossa percepção inicial era a de que os usuários teriam uma baixa escolaridade em função das discriminações sofridas durante seu período de inserção na escola e que isto impactaria nas suas condições de profissionalização, ocupação e garantias trabalhistas. No entanto, uma análise mais minuciosa apontou que as pessoas transexuais atendidas no programa do Rio de Janeiro possuem níveis medianos de escolarização formal, inclusive níveis superiores a outros pacientes atendidos no hospital, nos mais diversos programas. A análise dos dados nos apontou que, a despeito de toda sorte de discriminação e preconceito a que são submetidos/as, essas pessoas em sua maioria conseguem, heroicamente, permanecer inseridas no espaço escolar formal.

Gráfico 5 – Escolaridade

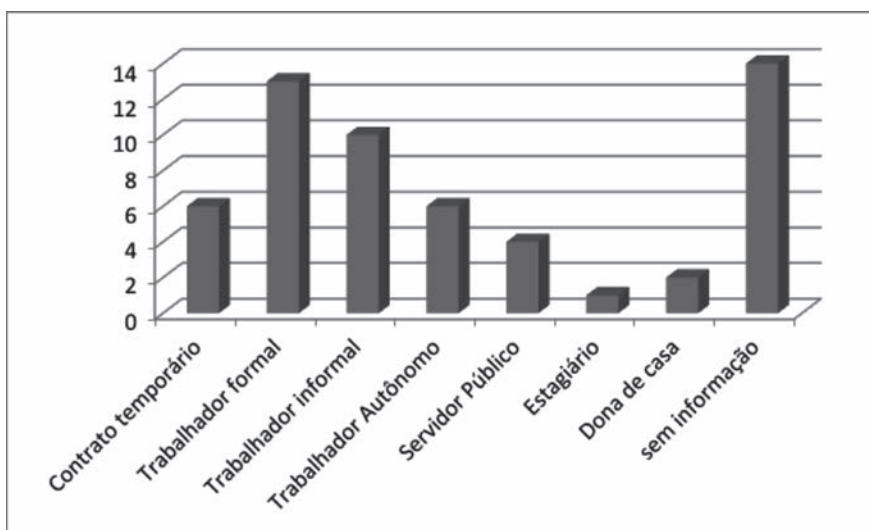


As dificuldades apontadas pelos usuários/as na trajetória escolar são relacionadas a preconceitos, discriminações, isolamento, baixa autoestima, impedimentos para o uso do banheiro e limites para uso do nome social. Todavia, observamos que a conclusão do ensino médio foi alcançada por 28 pessoas dentre os 84 transexuais pesquisados. Temos ainda 18 pessoas que chegaram ao nível superior de ensino e apenas 8 entre os usuários entrevistados não terminaram o nível fundamental.

A constatação acerca do nível de escolaridade dos/as usuários/as pesquisados/as foi uma surpresa para a equipe, nos levando a acreditar que o mais impactante para a garantia de proteção e segurança social destes indivíduos, no que tange à interface nível de escolarização, qualificação e empregabilidade na área da formação, é, na verdade, o preconceito.

Quanto à inserção no mercado de trabalho, dentre os 84 pacientes analisados, 33% se encontram desempregados, o que equivale a 28 pessoas em números absolutos; 10 pessoas exercem alguma atividade remunerativa de maneira informal e esporádica, não contribuindo para a previdência; 6 pessoas trabalham de maneira autônoma, mas também não contribuem para o INSS. Destaca-se que apenas 17 pessoas em todo o universo da pesquisa se consideram estáveis quanto à vinculação empregatícia, sendo que, destes, consideramos “estáveis” apenas os 4 servidores públicos concursados, dentre todos os nossos pacientes.

Gráfico 6 - Vinculação empregatícia

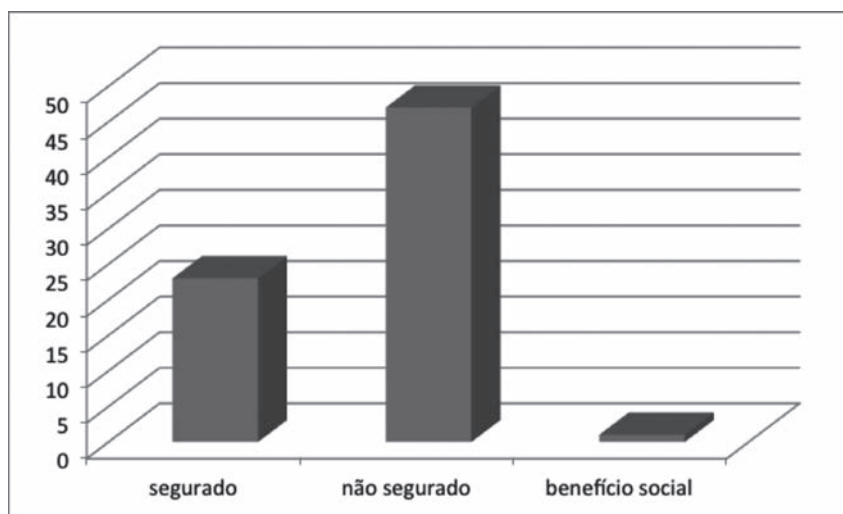


Neste aspecto, também é possível observar o significado do estigma e preconceito na trajetória dessas pessoas, uma vez que, mesmo qualificadas, não conseguem se inserir em suas áreas de formação em função da discriminação que sofrem no mercado de trabalho (há relatos de pessoas que não procuram empregos, ainda que qualificadas, na tentativa de evitar possíveis constrangimentos, sobretudo referentes à documentação, no que tange ao nome e gênero).

Quanto à informação relativa ao vínculo com a previdência social, importante elemento de segurança social e acesso a direitos, o estudo aponta que 23 usuários/as possuem vínculo previdenciário, dentre eles 19 trabalhadores são/estão vinculados à Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e outros 4 estão inseridos no Regime Jurídico Único, por serem servidores públicos. Constata-se, no entanto, que 47 pessoas (56% do universo analisado) não possuem nenhuma vinculação previdenciária.

Ao analisar a vinculação a algum tipo de benefício social, temos apenas uma usuária que recebe benefício – no caso desta, o Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁶ –, que guarda certas condicionalidades para obtenção do mesmo, como a presença de alguma doença incapacitante para a vida laborativa.

Gráfico 7 – Seguridade Social



Estes dados apontam que as condições de vida desses usuários são bastante precárias, uma vez que não dispõem de mecanismos de segurança e proteção social que considerem a diversidade de gênero como fator de iniquidade social. Tais pessoas sofrem os mais diversos tipos de violações de direitos e são impedidas de participarem das relações sociais mais elementares, não dispoem por parte do Estado de mecanismos apropriados para reparação e cessação de tais interdições (lembramos aqui, por exemplo, que o não reconhecimento da mudança de nome no registro civil pelo Estado é um fato que impede a pessoa de trabalhar, de se inserir em campos de estágios, abrir contas em banco, realizar transações financeiras, entre outros). São questões que se tornam ainda mais eloquentes quando consideramos a ausência de suporte familiar, situação bastante comum a esse perfil de usuários.

Embora a maioria dos depoimentos aponte para uma relação familiar relativamente “suportável”, observa-se ao longo dos atendimentos relatos afirmando que nem sempre a convivência familiar se deu sem intensos conflitos, ou que possuem boa relação com os familiares, “porém são chamados/as pelo nome de registro”, “porém a mãe reza para ela se libertar”, “po-

6 O BPC é um benefício da Política de Assistência Social, individual, não vitalício e intransferível, que garante a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprovem não possuir meios para prover a sua própria manutenção, nem tê-la provida por sua família. Fonte: Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social (BPC). Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

rém não aceitam a cirurgia”, enfim, são estes inúmeros “poréns” que vão interditando e limitando as próprias vidas destes/as pessoas nos diferentes espaços de sociabilidade.

Considerações Finais

A consolidação desses dados de nossa intervenção, bem como a reflexão sobre eles, nos permitiu compreender em que medida o preconceito e a discriminação podem se configurar em elementos fomentadores de negligências e exclusões na vida de sujeitos que vivenciam a identidade sexual e de gênero de forma diversa do padrão vigente. Tais pessoas, além de terem seus direitos violados e serem oprimidas por uma sociedade desrespeitosa e sexista, são muitas vezes impedidas de usufruírem dos fatos mais elementares e simples de sua vida diária.

Assim, vão cotidianamente convivendo com “piadinhas”, insultos e agressões explícitas ou veladas, que paulatinamente os empurram para verdadeiros guetos de partilhas afetivas, muitas vezes os isolando do pleno gozo da vida. Tal cenário propicia isolamento, desencadeia sentimentos de baixa autoestima e afastamento de espaços de sociabilidade. As perseguições que em sua maioria se iniciam nos interiores dos lares, através de exigências de comportamentos tidos como masculinos ou femininos, se estendem para a comunidade, escola, espaços de lazer e trabalho. Descobrir-se em sua própria identidade, a partir do entendimento de que é “estranho”, “diferente” ou “anormal”, parece regra diante dos olhares estigmatizantes do outro, via de regra, heterossexual.

Nós, os operadores das políticas públicas, profissionais que coletivamente defendemos a recusa de condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual, precisamos somar esforços para, em nosso exercício profissional, efetivamente construirmos trajetórias que garantam o respeito e acesso irrestrito de todos e todas aos bens e direitos da coletividade.

Essas posturas, assim como as nossas atitudes profissionais, não devem se constituir em ações isoladas. É imprescindível a busca pelo trabalho coletivo, a construção de condutas interd disciplinares e o olhar constituído pela totalidade, para que seja possível compreender as particularidades envolvidas nas demandas trazidas por tais sujeitos e, assim, construir formas de enfrentá-las.

Diante do exposto, é possível sustentar que a intervenção profissional junto aos usuários/as inscritos no processo transexualizador do Hospital Universitário Pedro Ernesto necessita ser construída e materializada a partir da articulação das ações e das políticas setoriais. É urgente a necessidade de pensar e planejar o trabalho de maneira mais conectada com as políticas públicas, em um viés de intersectorialidade. A complementariedade entre políticas como a de saúde, educação, assistência e habitação, possibilita a efetiva integralidade de ações no atendimento das demandas destes usuários/as.

Por fim, se faz urgente que os profissionais, das diferentes políticas e espaços de intervenção, busquem objetivar ações cotidianas que considerem e respeitem as diferenças, evitando que, pelo menos nestes cenários, estas se transformem em desigualdades.

Referências

- BENTO, Berenice. *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- BERBARA, Maria; FONSECA, Raphael. Androginia sob o olhar da história da arte. In: SILVA, Eloísio Alessandro da (Org.). *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos, 2012.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.707 de 18 de agosto de 2008. Institui no âmbito do SUS o processo transexualizador a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 19 ago. 2008a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 457, de 19 de agosto de 2008. Aprova a regulamentação do processo transexualizador no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 20 ago. 2008b.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 55/1999. Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/folder_TFD_final.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. *Benefício de Prestação Continuada (BPC)*. Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>>. Acesso em: 10 jun. 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1652 de 2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e REVOGA a Resolução CFM nº 1.482/97. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, n. 232, 2 dez. 2002. Seção 1, p. 80.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Código de Ética Profissional do Assistente Social*. Brasília: 1993.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS. Boletim DIEESE, edição especial, novembro de 2000, 20 de novembro dia da Consciência negra SOCIOECONÔMICOS. São Paulo: DIEESE, 2000.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Síntese de indicadores sociais*. 2004. Disponível em: <www.ibge.org>. Acesso em: 20 jan. 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. *Políticas Sociais - acompanhamento e análise nº 7*, 2003.
- LEITE JÚNIOR. J. Transitar para onde? Monstruosidade, (des)patologização, (in)segurança social e identidades transgêneras. *Revista Estudos Feministas*, UFSC, v. 20, n. 2, p. 559-568, 2012.

PAIXÃO, Marcelo. Desenvolvimento Humano e as Desigualdades Étnicas no Brasil: um retrato de final de século. *Revista Proposta*, Rio de Janeiro, Ano 29, n. 86, set./nov. 2000.

SILVA, Eloísio A. da; SILVA, Heleno A. M. da; DAMIÃO, Ronaldo. Cirurgia de transgenitalização de masculino para feminino. In: SILVA, Eloísio A. da (Org.). *Transsexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos, 2012.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

Representações sociais de graduandos concluintes de enfermagem sobre transexualidade

Anne Jacqueline Mendes Gomes
Michelle Araújo Moreira

Introdução

Nas antigas religiões, a transexualidade sempre esteve atrelada à mudança de sexo enquanto desordem mental. Sabe-se que, a partir do século IX, acontece a primeira descrição sobre estes indivíduos, resultando em questionamentos por parte da categoria médica no que tange às dimensões que envolviam o biológico, o social e o religioso. (ATHAYDE, 2001)

Assim, ao longo dos séculos, a transexualidade permaneceu ligada ao caráter imoral, caracterizando um desajuste do indivíduo em relação ao seu sexo biológico. Prevaleram ainda teorias biológicas e jurídicas sobre a condição das pessoas que possuíam uma rejeição ao sexo de nascimento. No âmbito legal, havia uma repulsa à situação vivida pelos transexuais, fazendo com que os profissionais desta área tolhessem a liberdade de expressão da identidade de gênero. (LOBATO et al., 2001) Tal fato determinou à transexualidade uma posição de transgressão da heterossexualidade como norma social, fortalecendo a concepção de que os sujeitos que apresentavam este tipo de comportamento faziam parte de um grupo de pessoas doentes.

A partir desse momento, a transexualidade passou a ser entendida como um transtorno de identidade de gênero (TIG) pela inadequação ao sexo natural. Evidenciava-se um desacordo entre o sexo, o gênero e as práticas sexuais, momento em que a identidade poderia ou não ser reconhecida. (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008) Dessa forma, a identidade de gênero tornava-se

uma experiência interna e individual, ou seja, constituía a percepção que uma pessoa tem de si como sendo do gênero masculino, feminino ou de alguma combinação dos dois, independente do sexo biológico. (BRASIL, 2010)

Ressalta-se que, até meados do século XVIII, existia a crença de um único sexo para a matriz social, ou seja, o sexo masculino. Aqui, o sexo feminino ou qualquer outra diferenciação sexual era considerado como de menor valia ou defeito. Somente no século XIX, fundou-se um comitê humanitário para defender os homossexuais de uma possível condenação legal, resultando no entendimento de um terceiro sexo, que permitia agrupar em um mesmo conjunto aqueles com ambiguidades genitais, os de comportamento andrógino e os que elegiam um objeto amoroso homossexual. (MERCADER, 1994)

Contudo, somente no século XX, acontece um fato que marca a história da transexualidade. Precisamente em 1952, realiza-se a primeira cirurgia mundial para a mudança de sexo, tornando público o debate sobre a transexualidade, entendida como modo de ser e de viver socialmente. (BENTO, 2006) Embora tenha ocorrido esta discussão, as teorias médicas e sociológicas conduziram muitos pesquisadores para uma definição do sujeito transexual como aquele que necessita de um tratamento médico, através de intervenções corporais para o ajustamento social. (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008)

Dessa maneira, passou-se a caracterizar a transexualidade como sendo “angústia persistente em relação ao sexo designado, um desejo de mudar de sexo biológico e uma permanente conduta de jogos, atividades, vestimentas e relacionamentos do outro sexo, que é desejado e idealizado”. (LOBATO et al., 2001, p. 382)

Nesse contexto, torna-se imprescindível compreender como as(os) futuras(os) enfermeiras(os) representam a transexualidade no intuito de contribuir para a reflexão sobre normas que abarcam os sujeitos transexuais, permitindo que estes possam atuar baseados nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, delimitou-se como questão norteadora para este estudo: quais as representações sociais de graduandos de enfermagem concluintes sobre a transexualidade?

Nesta pesquisa, o objetivo geral foi analisar as representações sociais dos graduandos de enfermagem concluintes sobre a transexualidade e os objetivos específicos foram: identificar as representações sociais de graduandos de enfermagem concluintes sobre a transexualidade; descrever as representações sociais de graduandos de enfermagem concluintes sobre a transexualidade; compreender as representações sociais de graduandos de enfermagem concluintes sobre a transexualidade.

Cabe destacar que o estudo justificou-se pelo número insuficiente de publicações na área da saúde, principalmente da enfermagem, sobre a transexualidade e pela postura estigmatizante e preconceituosa com que transexuais são assistidos nos serviços de saúde e na sociedade em geral. Dessa forma, a relevância social e científica do estudo mantém-se por permitir uma reflexão de gestores e profissionais de saúde, especialmente enfermeiras(os), sobre o cuidado a ser desenvolvido com e para os transexuais, descortinando os pré-julgamentos e pré-conceitos que cercam este tipo de assistência.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, ancorado na Teoria das Representações Sociais (TRS). A TRS nos permite analisar os fenômenos sociais a partir do conhecimento grupal, da influência cultural, dos valores e normas instituídas. Mazzotti (2002) relata que a representação social sobre um objeto inicia-se a partir da construção que o sujeito faz em seu sistema cognitivo, adequando-o aos valores próprios, dependentes da sua história e do contexto social no qual está inserido.

O lócus deste estudo foi a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), especificamente o curso de graduação em Enfermagem. A escolha por esta instituição deu-se pelo seu reconhecimento social e científico no cenário nacional e regional e pela temporalidade de mais de 20 anos da implantação do curso de Enfermagem.

Os sujeitos do estudo foram graduandos de enfermagem concluintes, ou seja, que cursavam o 8º semestre do curso de enfermagem da UESC. Esse universo foi composto por um total de 24 graduandos. Os critérios de inclusão foram: estar regularmente matriculado no curso, fazer parte da turma do 8º semestre do curso de Enfermagem, ter idade mínima de 18 anos, aceitar participar voluntariamente, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: estar em semestres iniciais até o sétimo semestre do curso, ter idade inferior a 18 anos e recusar-se a participar e/ou assinar o TCLE.

Para tanto, encaminhou-se o projeto para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Santa Cruz, pautado nas exigências éticas e científicas, como estabelecido pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). (BRASIL, 1996)

Após a aprovação pelo CEP, sob o nº de parecer 64816 e CAAE 04367412.7.0000.5526, os dados foram coletados e analisados pelas pesquisadoras, através de entrevistas semiestruturadas ancoradas nas seguintes questões norteadoras: fale-me o que você entende por transexualidade; fale-me o que representa para você o sujeito que é transexual; fale-me o que você entende por homossexual, bissexual, travesti e transexual; Conte-me alguma situação que você experienciou ou ouviu falar sobre o sujeito transexual e/ou sobre a transexualidade.

A entrevista foi gravada em fitas de áudio, marcadas com antecedência em horário e local determinado por cada participante. Posteriormente foram transcritas, preservando a fala original, sendo os participantes identificados por nomes de flores. Após esta etapa, as entrevistas foram categorizadas, constituindo a análise de conteúdo temática. (BARDIN, 2009)

Apresentação dos resultados e discussão

Após a leitura atenta dos depoimentos transcritos, definiram-se duas categorias, com a interpretação dos resultados descritos abaixo.

Categoria 1 – As múltiplas dimensões da transexualidade

A modificação do corpo é um fato antigo e algumas teorias sobre a transexualidade a relacionam como algo nefasto para Deus e uma afronta aos bons costumes. Tal pensamento

reafirmou a transexualidade como uma transgressão social e, portanto, com a necessidade de tratamento.

Assim, consolidou-se o modelo patológico sobre a saúde dos transexuais, entendendo-os como portadores de inversões. (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008) Harry Benjamin, referência mundial na teorização sobre transexualismo, defendia que a dificuldade de aceitação do sexo de nascimento estaria relacionada a uma alteração genética ou endócrina. (ARÁN; Murta, 2009)

Especificamente na década de 70, o transexualismo passa a ser considerado como uma disforia¹ de gênero e é incorporado ao Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM III). Precisamente em 1994, o termo sofre substituição por transtorno de identidade de gênero (TIG), confirmando o caráter da patologização dado por um sistema normativo social de sexo e gênero. (ARÁN; Murta, 2009)

Embora tenham surgido estas classificações, buscava-se uma nova definição que superasse a condição de patologia, fato que passou a receber os esforços de novas teorias médicas e sociológicas, culminando com o termo transexualidade. Portanto, a transexualidade passou a ser definida a partir de três aspectos: como um sentimento de identidade permanente, uma crença na essência feminina ou masculina sem ambiguidades; na relação com o pênis vivida “como horror”; e uma especificidade na relação com a mãe, denominada de simbiose, com a ressalva de que esta relação não pode ser psicotizante. (ARÁN; Murta; Lionço, 2009) Nesta proposta de mudança, surge ainda o termo de redesignação sexual, atendendo às demandas destes grupos pelos processos terapêuticos formais, culminando na criação de centros de transgenitalização e elaboração de protocolos de atendimento.

Percebe-se que as demandas dos transexuais versavam sobre o controle do próprio corpo, com necessidade de modificação cirúrgica para minimização de sofrimento físico, psíquico e social, determinada pela Resolução nº 1.482/97, que autorizou a cirurgia de transgenitalização e os procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários, podendo, para tanto, serem realizados em hospitais universitários e/ou públicos credenciados. (VENTURA; Schramm, 2009) Em seguida, a Resolução nº 1.652/02 revoga a anterior e autoriza a realização das cirurgias para adequação do fenótipo masculino para o feminino em hospitais públicos ou privados, independente da atividade de pesquisa. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002)

Contudo, apenas em 2008 o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM nº 1.707, aprova o Processo Transexualizador no SUS, formalizando suas diretrizes técnicas e éticas, incorporando os critérios e condições para o acesso. Este processo compreende um conjunto de estratégias de atenção à saúde implicadas no processo de transformação dos caracteres sexuais, especificamente em relação às dimensões físicas e psicossociais. (LIONÇO, 2009)

Mesmo diante dos avanços, nota-se ainda uma dificuldade no entendimento sobre a transexualidade. Verificou-se, então, que os entrevistados apresentaram uma representação social sobre a transexualidade marcada por forte influência biologicista, reduzindo-a à realização da

¹ Corresponde à insatisfação decorrente da discordância entre o sexo biológico e a identidade sexual de um indivíduo, tendo como única possibilidade de tratamento a realização da cirurgia de conversão sexual e a utilização de hormônios. (AMARAL, 2011)

cirurgia, o que denota a visão compartimentalizada dos graduandos de enfermagem concluintes, conforme falas abaixo:

[...] transexualidade são aquelas pessoas que mudam o sexo, através de um procedimento cirúrgico [...]. (Lavanda)

[...] são aquelas pessoas que são operadas, que fazem a cirurgia para mudança de sexo [...]. (Cravo)

[...] é uma pessoa querendo ser algo que a natureza em si não foi satisfatória para lhe dar... o que ela gostaria de ser, mulher ou homem e para isso ele precisa de uma cirurgia, ele almeja isso [...]. (Açucena)

[...] são pessoas que procuram felicidade na mudança, não tem satisfação no físico que nasceu, precisam da retirada do órgão ou retiram a mama, precisam tomar hormônios do sexo oposto para exacerbar as características sexuais opostas, muitas vezes procuram se entender [...]. (Dália)

Ressalta-se que a cirurgia de redesignação sexual deve ser encarada como um dos passos possíveis para exercer a identidade de gênero na transexualidade, contribuindo para que os sujeitos tenham mais valia sobre si, considerando a individualidade e subjetividade que permeia todo o processo. (SOARES et al., 2011) Na prática assistencial, nota-se que alguns transexuais consideram a cirurgia imprescindível, embora outros optem por viver com o órgão de nascimento, por acreditarem que a transexualidade supera a dimensão puramente biológica.

É preciso considerar que todos os sujeitos são complexos e com necessidades diferenciadas a cada tempo, sendo perceptível que o processo de redesignação sexual poderá não solucionar problemas existenciais e de conflitos internalizados pelos sujeitos, em virtude de uma sociedade sexista, racista e que ainda possui dificuldades para compreender o diferente. (BENTO, 2006) Para tanto, há necessidade em aprimorar e ampliar a atuação da equipe multidisciplinar, sobretudo a participação das(os) enfermeiras(os), em outras esferas do cuidado aos transexuais que não se restrinjam ao corpo, com a finalidade de promover a satisfação e a adequação ao meio social em que vivem. (LOPES, 2009)

Esta percepção integral pelas(os) enfermeiras(os) deve iniciar-se pelos aspectos que envolvem o conhecimento sobre a transexualidade, afinal, para atuar com humanização, competência e integralidade, há que se conhecer o universo dos transexuais. Este conhecimento ainda incipiente nos cursos de graduação em enfermagem necessita ser aprofundado, sobretudo por evidenciar uma distorção de interpretação entre os acadêmicos, revelando equívocos no que tange à orientação sexual e identidade de gênero, o que se visualiza nos depoimentos a seguir:

[...] ser transexual é o fato da pessoa, do indivíduo gostar de um mesmo sexo e ele querer ser do outro sexo. Representa uma pessoa querendo ser de outro sexo, nada mais [...]. (Açucena)

[...] transexualidade vem mais da mudança de sexo, da questão de você querer mudar o físico, não só gostar da pessoa do mesmo sexo, mas sim não ter uma satisfação com o seu físico, o seu sexo de nascença [...]. (Dália)

[...] transexualidade são pessoas que têm uma opção sexual, a opção afetiva que corresponde ao mesmo sexo. São aquelas pessoas que têm atração afetiva e/ou sexual por pessoas do mesmo sexo. São pessoas que se assumiram transexuais, que assumiram o desejo homoafetivo ou bissexual [...]. (Orquídea)

[...] indivíduos que desde pequeno já tem traços mais femininos, têm uma tendência com o decorrer do desenvolvimento, principalmente na fase da adolescência, acentuando esses traços e por consequência optam por viver do modo, do lado do sexo oposto [...]. (Cravo)

Frente ao imaginário popular de entendimento sobre a sexualidade, cabe destacar que a transexualidade em nada se parece com a homossexualidade, bissexualidade e outras formas de expressão da orientação sexual. Portanto, a transexualidade envolve uma diferenciação na identidade de gênero e, dessa maneira, evidencia a orientação sexual e quais os desejos do sujeito no seu cotidiano e modo de viver. Sendo assim, é possível tornar-se um homem ou mulher transexual e gostar de ambos os sexos. (BUTLER, 2009)

Além disso, o cuidado aos transexuais engloba a atuação da(o) enfermeira(o) centrada nos princípios de humanização, integralidade, universalidade, equidade e participação ativa dos sujeitos. Portanto, verifica-se uma necessidade para trabalhar com os simbolismos criados pelos profissionais de saúde, em especial graduandos de enfermagem durante a sua formação, ajudando-os a reelaborar seus pré-conceitos e pré-julgamentos sobre o sujeito a ser cuidado, a exemplo dos discursos abaixo:

[...] é aquele que nasce com o sexo masculino, mas na sua cabeça ele se sente como uma mulher, ele não vê aquele corpo como seu. É uma pessoa que não se aceita e não consegue um trabalho, não consegue se desenvolver até resolver esse problema. Ele não consegue ver uma forma de estudar, de trabalhar, até que ele se resolva mesmo consigo, até que ele mude de sexo, é mais em relação ao sexo mesmo [...]. (Flor-de-Lis)

[...] é aquele indivíduo que nasceu com um tipo de sexo, mas que ao longo da vida ele percebeu com desejos, aptidões para outro tipo de sexo e realizou a cirurgia adquirindo, então, um diferente sexo do que ele nasceu. É um indivíduo como qualquer outro, embora ele sofra repressão pela sociedade, sofra psicologicamente com isso [...]. (Lírio)

[...] o que a gente mais tem assim a noção que é um ser meio oprimido, rejeitado pela sociedade, que sofre preconceitos e que não consegue, mesmo conseguindo ter outro sexo, não consegue ser feliz por causa dessa opressão que sofre [...]. (Tulipa)

[...] representa uma pessoa que vai ser sempre discriminada porque é diferente do que a sociedade tem como normal e não vejo horizonte disso mudar [...]. (Azálea)

[...] representa pessoas confusas, que eu não vejo como pessoas felizes porque a sociedade pega em cima, cobrando, julgando, então não vejo que uma pessoa dessa consiga ser feliz, são pessoas que vivem em plena confusão com os próprios sentimentos [...]. (Begônia)

A carga patologizante identificada nas entrevistas pode ser atribuída ao discurso biológico sobre a transexualidade como desordem médica. (SILVEIRA, 2006) Apesar da discussão sobre a transexualidade ser antiga, verifica-se que a sua vivência pode ocasionar problemas relacionados à vida psíquica, principalmente por conta da injúria e exclusão social, bem como problemas familiares e de relacionamento sexual/afetivo. No entanto, isto não significa que todas as pessoas transexuais vivenciem o mesmo tipo de sofrimento e que tal vivência ocasiona impacto em sua trajetória de vida. (ARÁN; MURTA, 2009) Sendo assim, precisa-se de enfermeiras(os) que apresentem uma visão mais abrangente sobre a transexualidade, de modo a compartilhar experiências com os sujeitos transexuais, minimizando os conflitos e desenvolvendo atitudes proativas sobre seu próprio cuidado.

Categoria 2 – O (des) conhecimento sobre a transexualidade: da perspectiva normativa à social

A heterossexualidade, homossexualidade e bissexualidade constituem orientações sexuais discutidas na sociedade, representando a condição de pessoas com profunda atração emocional, afetiva e/ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero. (BRASIL, 2010) Contudo, visualiza-se ainda um conhecimento incipiente sobre as mesmas, confundindo-as com a travestilidade e a transexualidade.

Embora se saiba que existe dificuldade de entendimento sobre orientação sexual e identidade de gênero, observa-se que alguns graduandos de enfermagem apresentam uma representação social sobre o sujeito homossexual, bissexual e travesti com definições centradas nas questões que envolvem o sexo, e não a sexualidade, o que se visualiza a seguir:

[...] homossexual é um indivíduo que gosta, que sente atração sexual por outro do mesmo sexo. O bissexual é uma pessoa, seja homem ou mulher, que gosta dos dois sexos [...]. (Rosa)

[...] homossexual é aquele que se interessa pelo indivíduo do mesmo sexo, o qual ele nasceu. Bissexual se interessa tanto pelo mesmo sexo como pelo sexo oposto [...]. (Margarida)

Percebe-se ainda certa inconstância para abordar socialmente a travestilidade. A(o) travesti representa uma pessoa que nasce do sexo masculino ou feminino, mas que assume papéis de gênero diferentes daquele imposto pelo seu sexo biológico e pelas regras heteronormativas. Muitas travestis modificam seus corpos por meio de hormonioterapias, aplicações de silicone e/ou cirurgias plásticas, porém isso não constitui regra para todas. Diferentemente das transexuais, as travestis não desejam realizar a cirurgia de redesignação sexual. (BRASIL, 2010)

Mesmo diante de tais definições, percebeu-se que os graduandos de enfermagem concluintes possuem pouco conhecimento sobre o assunto, evidenciado nos depoimentos abaixo:

[...] travesti... a concepção que tenho de travesti (risos) eu nem sei direito [...]. (Angélica)

[...] travesti, não sei se isso é o que a mídia propõe, também não sei precisar se essa é a definição real ao termo, mas entendo que travesti é aquele que se monta de mulher de forma exagerada e que pode ou não ser homossexual [...]. (Vitória-Régia)

[...] travesti apenas se transvesti como o sexo oposto, é apenas uma atração pela aparência do sexo oposto [...]. (Margarida)

[...] travesti não muda o sexo, os órgãos genitais dele continuam o mesmo, mas só vem na cabeça assim... do homem ser travesti e se comportar como mulher, entendo só isso, como se fosse um gay para mim [...]. (Begônia)

Por outro lado, os entrevistados demonstram conhecer algumas intervenções no corpo que caracterizam a travestilidade, principalmente o uso de silicone, hormônios e mudanças de comportamentos socialmente sancionados como femininos. Tais discursos esclarecem que o travesti denota um simbolismo corpóreo ao feminino e masculino, sem o desejo de extirpar a própria genitália, como apontada nas falas a seguir:

[...] o homem que seria um travesti tende a querer se vestir como mulher, se comportar como mulher, agir como mulher, então, tem muitos que querem mudar o próprio corpo, colocar silicone nos seios para parecer o máximo como mulher, ele não se sente um homem [...]. (Copo de Leite)

[...] o travesti eu vejo que é tipo um homem ou mulher que se transvesti, que se transforma no sexo oposto, que gosta dos acessórios, não sei dizer qual a opção sexual do travesti, mas eu vejo assim, uma pessoa que veste roupas do sexo oposto, do sexo que o atrai [...]. (Rosa)

[...] o travesti seria uma pessoa, geralmente homem nesse caso, que é homem, que faz sexo com mulheres, porém ele se veste como mulher em algum momento do dia ou em algum momento da sua vida [...]. (Lírio)

[...] travesti é quando ele só se veste por outro sexo, mas ele continua tendo o órgão sexual [...]. (Tulipa)

Ressalta-se que estas representações sobre orientação sexual e gênero não devem ser atribuídas apenas aos grupos vulneráveis, dentre estes os travestis e transexuais, pelo simples fato de segregar a discussão em grupos específicos, compartimentalizando a visão de toda a sociedade, sobretudo daqueles que a constroem. (MELLO et al., 2011)

No que se refere à transexualidade, identificou-se que a maioria dos discentes de enfermagem concluintes demonstra desconhecimento e/ou dificuldade em abordar tal assunto, enquanto outros apresentam uma representação social ancorada em aspectos desfavoráveis, a exemplo da carga de preconceito, do juízo de valor, revelando grau estigmatizante para o grupo dos transexuais, conforme depoimentos a seguir:

[...] nunca presenciei, nem ouvi falar nada sobre isso não e sobre a transexualidade também não muito [...]. (Malmequer)

[...] o tema é muito difícil de ser trabalhado justamente no que diz respeito à mudança de sexo, que às vezes muitas pessoas costumam não aceitar e encaram aquela pessoa como se fosse anormal, desrespeitando-a [...]. (Magnólia)

[...] vi mais relacionado ao preconceito, principalmente por parte da família e por parte do trabalho, a pessoa, até que ela mude de sexo, ela tem um documento do sexo que ela nasceu, então fica muito difícil para trabalho, para convivência, para namoro, para tudo [...]. (Flor-de-Lis)

[...] eu não chego a julgar, mas fico me perguntando como é que uma pessoa faz isso? Como é que uma pessoa muda assim o que Deus quis, eu não entendo até hoje fico me perguntando isso, não chego a ter preconceito e tudo de julgar, mas fico me perguntando essas coisas [...]. (Begônia)

[...] costumo ouvir muito histórias de pessoas em relação ao preconceito, não aceitar a questão do outro como ele é. As pessoas costumam falar criticando, não aceitando, acha que a pessoa deixa de ser humano, é uma aberração por optar em fazer uma mudança de sexo [...]. (Beladona)

Diante deste cenário, faz-se necessário enfatizar que a escassez de dados de pesquisas em saúde da população transexual nos remete à manutenção do preconceito social e ao desconhecimento quanto ao tema, resultando em práticas discriminatórias, com posterior reclusão dos transexuais. (MATÃO et al, 2010; SOARES et al., 2011)

Acredita-se que a mídia possui relevante papel na construção da representação social sobre os sujeitos transexuais, contribuindo para a reafirmação de modelos estigmatizantes ou

indicando novas formas de assistir, livres do sofrimento, discriminação, violência e preconceito. Nos depoimentos abaixo, nota-se que a mídia atua como veículo de histórias e relatos sobre a transexualidade como transtorno, desordem ou anomalia psíquica:

[...] com transexual não tive contato, apenas vi por televisão, até mesmo com esse tema transexualidade somente por televisão. O que eu já ouvi falar em televisão, em revistas que a gente vai lendo, principalmente desses transexuais mais famosos, que são pessoas que relatam que desde pequena já desenvolviam aqueles traços femininos e na adolescência se firmaram e também quando adultos realizaram a cirurgia e hoje vivem como mulheres, tomam hormônios [...]. (Cravo)

[...] é um tema difícil de falar porque não estudamos, não sabemos, eu sei mais assistindo a televisão, reportagens. Hoje tenho visto várias entrevistas falando sobre transexualismo, transexualidade na verdade, hoje em dia as pessoas conhecem mais esse fenômeno que antes não era conhecido [...]. (Rosa)

[...] agora uma vivência assim... algum tipo de preconceito eu vejo mesmo na TV, o que as pessoas fazem, principalmente nas capitais paulistas, contra os transexuais, contra os homossexuais, essas questões de violência mesmo contra eles, mas só isso, nada de vivência [...]. (Angélica)

Outro aspecto que merece destaque são as iniciativas desenvolvidas no âmbito acadêmico para ampliar o leque de conhecimento e discussão sobre a transexualidade, através da inclusão de temas transversais em semestres específicos, embora se faça urgente abordar esta problemática no curso de enfermagem sob o olhar multidisciplinar. Aqui, demonstra-se a importância destas ações no universo acadêmico da enfermagem, fato sinalizado pelos graduandos de enfermagem concluintes:

[...] ouvi falar sobre transexualidade durante a graduação, no sexto semestre na matéria de ginecologia, com um seminário cujo tema foi transexualidade, que abordou a temática de forma esclarecedora e isso ajudou um melhor entendimento sobre o assunto atualmente [...]. (Violeta)

[...] eu ouvi falar no seminário da sala, foi quando eu vi aqueles depoimentos, aí deu para ter mais conhecimento sobre o assunto, saber mais porque eu nunca tinha escutado falar [...]. (Begônia)

[...] ouvi no seminário no sexto semestre em Saúde da Mulher, ali foi meu primeiro contato para saber mesmo como é que era a cirurgia e, fora isso, era na televisão, internet, foi basicamente esse contato que eu tive, nunca tive contato pessoal com uma pessoa transexual, pelo menos que eu saiba [...]. (Lavanda)

[...] acho que o único momento sobre transexualidade que eu ouvi falar foi no seminário aqui dentro da faculdade, semestre passado [...]. (Bromélia)

Nesta linha de pensamento, o Ministério da Saúde propõe, dentre as ações desenvolvidas à população LGBT, incluir os conteúdos relacionados a este grupo na formação dos profissionais de saúde de nível técnico e da graduação, bem como garantir o tema nos processos de educação permanente e no fomento a pesquisas. (LIONÇO, 2008)

Segundo Chainho (2012), os estudos envolvendo a transexualidade contribuirão para propiciar novo *corpus* de conhecimento na área de saúde e afins, e, com isso, redefinir conceitos e valores acerca dos sujeitos que vivenciam tal condição. Isso implica na incorporação de dis-

cussões aprofundadas no currículo de formação dos profissionais de saúde, em especial as(os) enfermeiras(os).

Considerações finais

Evidencia-se que os graduandos de enfermagem concluintes possuem certo desconhecimento sobre a transexualidade como uma manifestação de exercício da sexualidade. Parte dos entrevistados aponta conceituações deturpadas, embutidas de preconceito e evocações que revelam ou prenunciam atitudes pouco compreensivas perante os transexuais. Além disso, identificou-se uma forte influência sociocultural no entendimento sobre o cotidiano destes sujeitos.

As representações sociais obtidas denotam a necessidade de incorporação da temática transexualidade na formação de enfermeiras(os), visto que as(os) mesmas(os) permanecem ligadas(os) ao cuidado direto às pessoas e, para tanto, devem ser capazes de compreender as múltiplas dimensões que envolvem o modo de ser e de viver dos transexuais, oferecendo-lhes uma assistência de qualidade, ancorada na indissociabilidade dos princípios que regem o SUS e nos direitos humanos.

Por fim, espera-se que estes resultados oportunizem às instituições de formação em saúde e áreas afins, gestores e especialmente enfermeiras(os), um remodelamento nos conceitos, práticas e atitudes desenvolvidas no cuidado aos transexuais, descortinando os pré-julgamentos e pré-conceitos que cercam este tipo de assistência com atitudes proativas, permitindo um maior empoderamento.

Referências

- AMARAL, Daniela Murta. *Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil*. 2011. 107p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2011.
- ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009.
- ARÁN, Márcia; Zaidhaft, Sérgio; Murta, Daniela. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia e Sociedade*, v. 20, n. 1, p. 70-79, 2008.
- 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: Rev de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009.
- ATHAYDE, Amanda V. Luna de. Transexualismo masculino. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 45, n. 4, p. 407-414, 2001.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

- BENTO, Berenice. *A reinvenção do corpo*. Sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº. 196/96*. Brasília, 1996.
- _____. Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. *Manual de Comunicação LGBT*. Paraná, 2010.
- BUTLER, Judith. Desdiagnosticando o gênero. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 95-126, 2009.
- CHAINHO, Ana Rita Aram M. *Mulher?!...Homem?!...Assim-Assim?!* 2012. Disponível em: <http://a-trans.planetaclix.pt/documentacao/mulher_homem.htm>. Acesso em: 20 abr. 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1.652/2002*. Dispõe sobre o procedimento de transgenitalização e revoga a Resolução 1482/1997 e demais intervenções sobre Gônadas e caracteres sexuais secundários. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652_2002.htm>. Acesso em: 20 abr. 2012.
- LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis: Rev de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.
- LIONÇO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. *Saúde Soc.*, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.
- LOBATO, Maria Inês et al. Transexualismo: uma revisão. *J. Bras. Psiquiatria*, v. 50, n. 11/12, p. 379-388, 2001.
- LOPES, André Côrtes Vieira. *Transsexualidade: reflexos da redesignação sexual*. 2009. 81p. Trabalho de Conclusão de Curso – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2009.
- MERCADER, Patrícia. *La ilusión transexual*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1994.
- MATÃO, Maria Eliane Liégio et al. Representações sociais da transexualidade: perspectiva dos acadêmicos de Enfermagem e Medicina. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, v. 34, n. 1, p. 101-118, jan./mar. 2010.
- MAZZOTTI, Alda J.A. A abordagem estrutural das representações sociais. *Psicologia da Educação*, São Paulo, v. 14, n. 15, p. 17-37, 2002.
- MELLO, Luiz et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidade, Salud y Sociedad*, n. 9, p. 7-28, 2011.
- SILVEIRA, Esalva Maria Carvalho. *De tudo fica um pouco: a construção social da identidade do transexual*. 2006. 302p. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2006.

SOARES, Milene et al. O apoio da rede social a transexuais femininas. *Paidéia*, v. 21, n. 48, p. 83-92, 2011.

VENTURA, Miriam; SCHRAMM, Fermin Roland. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p. 65-93, 2009.

As relações de trabalho como um aspecto da assistência à saúde de pessoas trans

Guilherme da Silva Almeida
Andressa Pilar
Zélia Gebrath

Apresentação

Este capítulo foi produzido a partir do trabalho conjunto¹ realizado durante um processo de assessoria em Serviço Social, que também se constitui como um campo de estágio e extensão da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FSS/UERJ). Ele liga-se também aos esforços iniciais de construção de um projeto de pesquisa. Parte das narrativas de trajetórias que serão apresentadas ao longo dele foram produzidas a partir de alguns registros nos diários de campo das estagiárias durante atendimentos realizados pela equipe de Serviço Social que atua em uma unidade de referência do processo transexualizador,² no SUS do Rio de Janeiro.³

1 Agradecimentos são necessários à equipe de Serviço Social, que contribuiu para os atendimentos dos quais as estagiárias participaram: assistentes sociais Márcia Brasil, Elizabeth Marques, Ludmila e Samanta Crolman.

2 O processo transexualizador no país, desde que foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2008, vem sendo normatizado através de Portarias do próprio Ministério e de Resoluções do Conselho Federal de Medicina. A mais recente Portaria do MS é de número 2.803, de 19 de novembro de 2013, e passou a incluir não apenas pessoas transexuais, mas também travestis que desejam realizar modificações corporais através do SUS. (BRASIL, 2013) Foge ao escopo deste artigo analisar a normativa a fundo, discutindo e eventualmente incorporando as várias críticas que vêm sendo tecidas a ela, mas cabe afirmar que a diretriz da integralidade da assistência à saúde foi reafirmada, ou seja, a perspectiva de que o processo não pode se deter apenas em seu aspecto cirúrgico e/ou biológico.

3 Das narrativas que foram produzidas durante o atendimento às demandas desta população usuária, foram extraídos apenas os elementos relacionados às trajetórias de trabalho. Os nomes foram substituídos por pseudônimos e quaisquer informações que permitissem sua identificação, suprimidas.

No âmbito da saúde pública, há vários requisitos para que os/as assistentes sociais hoje possam utilizar a prerrogativa de determinar e priorizar as demandas de usuários/as e, conseqüentemente, organizem e planejem suas ações de forma a interferir nos determinantes sociais do processo saúde-doença e no resgate da saúde como direito social, em contraposição às ações instantâneas e/ou instintivas. (VASCONCELOS, 2007, p. 520)

Pensamos que o público transexual, mais do que muitos outros atendidos no SUS, convida todos os/as profissionais de saúde a perceberem que intervenções pontuais, focadas na exclusiva manipulação do corpo, são insuficientes e até temerárias: podem levar os sujeitos a serem mais uma vez transformados em não sujeitos, através da visão dos mesmos como meros objetos de intervenção técnica, comprometendo sua busca de conforto (como no caso de procedimentos mal realizados que deixam cicatrizes, órgãos disfuncionais ou inadequados às expectativas de quem os demanda), entre outros riscos. Nesta concepção, a parceria entre os profissionais de diversas disciplinas não é um luxo, mas um requisito fundamental para que o processo transexualizador possa efetivamente se traduzir em ganhos para a saúde dos sujeitos demandatários.

A assistência à saúde de pessoas trans

Para que profissionais e disciplinas possam se encontrar em torno deste “objeto complexo”,⁴ é necessária uma compreensão de saúde que, minimamente, acompanhe a definição da OMS, para a qual ela é “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”. (WHO, 1948)⁵ Embora este conceito venha contribuindo para ganhos políticos mundialmente importantes, ele já mereceu críticas de diferentes autores, como por exemplo, do psicopatologista do trabalho, Christophe Dejours. Para o autor, esse “completo estado de bem-estar e conforto” é impossível de definir, é muito vago, mas, no entanto, é “uma ilustração de alguma coisa que não se sabe muito bem em que consiste, mas sobre a qual se tem esperança”. (DEJOURS, 1986) Por isso, ele propõe que consideremos saúde não como um estado de bem-estar absoluto e permanente, mas um estado do qual procuramos constantemente nos aproximar ou uma meta. Há uma crítica ao conceito de saúde da OMS, semelhante à de Dejours, feita pelo epidemiologista Francisco Bastos (2011).

O campo da saúde acumulou conhecimentos e experiências que oferecem elementos para esta definição mais ampla de saúde. Não irei me aprofundar na discussão conduzida pelo autor, mas vale destacar sua análise da angústia. A angústia é penosa, uma causa de sofrimento, mas *ter saúde não é absolutamente não ter angústia porque existem pessoas com boa saúde que se sen-*

4 O tema da complexidade também vem sendo debatido no campo da saúde coletiva por alguns autores, que por isso foram incorporados a esta vertente. (ALMEIDA FILHO, 1997; TARRIDE, 1998; SAMAJA, 2000; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000) Em todos eles, é enfatizada a necessidade de a ciência resgatar sua capacidade de gerar sínteses diante de um mundo cada vez mais fragmentado e com graves desafios a serem enfrentados. Tal capacidade, relegada a segundo plano ao longo da história da ciência ocidental, é considerada um atributo essencial na construção de um novo modelo de ciência que supere as dicotomias simplificadoras e alienantes da ciência normal. (PORTO; ALMEIDA, 2002)

5 Para uma discussão apurada das diferentes apreensões do conceito de saúde, ver Scliar (2007). Para acesso à Carta de Princípios da fundação da OMS (Organização Mundial Saúde), conferir a página eletrônica <<http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>>.

tem angustiadas. Portanto, não se trata de acabar com a angústia, mas de “tornar possível a luta contra ela, de tal modo que ela se resolva, que se acalme momentaneamente, para ir em direção a outra angústia”. (DEJOURS, 1986)

O autor desenvolve suas análises focando no ambiente de trabalho e nas suas angústias, mas, fazendo uma breve e livre apropriação da definição de Dejours, podemos imaginar que a ação técnica multiprofissional e multidisciplinar junto a pessoas transexuais cumpra um papel semelhante: não a de resolver todos os problemas de forma definitiva, mas de proporcionar a sujeitos, que experimentam uma permanente angústia com suas características físicas, a possibilidade de enfrentá-la nas condições que escolhem.

Há ainda outros aspectos do SUS que a questão da transexualidade põe em discussão, como a de universalidade e equidade dos atendimentos. Recentemente, em entrevista feita por Clara Becker (2010) para a revista *Piauí*, sobre o trabalho desenvolvido no HUPE-UERJ com pessoas transexuais, uma profissional de saúde declarou seu descontentamento com a realização de cirurgias ligadas ao processo transexualizador no âmbito do SUS. Ela questionava não apenas a *necessidade dos procedimentos*, mas o *direito destes/as usuários/as à atenção em saúde*, pondo em discussão a universalidade do atendimento e o princípio da equidade que reconhece as diferenças e diversidade de interesses da população usuária. Os profissionais que se dispõem a integrarem um programa transexualizador estão, portanto (ainda que desconheçam), radicalizando nos princípios do SUS⁶ e no ideário da Reforma Sanitária.⁷

Embora o discurso técnico em saúde, em geral, tenda a tratar a transexualidade como uma experiência padrão, caracterizada de maneira uniforme, há uma pluralidade de experiências de matizes muito diversas quando nos aproximamos ou vivemos com pessoas que se afirmam transexuais ou que têm na transexualidade uma vivência.⁸ Do ponto de vista das Ciências Sociais e da saúde coletiva, tal pluralidade já é amplamente reconhecida, conforme Bento (2006).

Há pessoas transexuais que desejam mudanças corporais que modifiquem seus “caracteres sexuais secundários”, bem com seus órgãos sexuais, há outras, no entanto, que não desejam qualquer modificação corporal (e encontram formas satisfatórias de vida nestas condições). Há ainda outras que desejam realizar alguns, mas não todos os procedimentos atualmente disponíveis nas ciências médicas. Há pessoas que vivenciam desconforto com o gênero com que foram assignadas ao nascerem, mas que sequer conhecem a categoria “transexual” e outras que conhecem, mas não se reconhecem como tal, preferindo ser reconhecidos como “gay”, “bicha”, “lésbica”, “transgênero”, “travesti” ou quaisquer outras categorias.

A estruturação de um modelo de atendimento para transexuais no SUS produziu um conjunto de novas e complexas questões relacionadas a esta crítica da visão da transexualidade como experiência padrão. Uma delas é a da necessidade de despatologização do transexualis-

6 Lei Orgânica da Saúde. (BRASIL, 1990)

7 Sobre o ideário da Reforma Sanitária, ver Fleury (2009).

8 Utilizamos como referência o conceito de transexualidade enunciado por Bento (2006, p. 15), para quem ela é “uma experiência identitária, caracterizada pelo conflito com as normas de gênero. Essa definição confronta-se à aceita pela medicina e pelas ciências psi que a qualificam como uma ‘doença mental’ e a relaciona ao campo da sexualidade e não ao gênero. Definir a pessoa transexual como doente é aprisioná-lo, fixá-lo em uma posição existencial que encontra no próprio indivíduo a fonte explicativa para seus conflitos, perspectiva divergente daqueles que a interpretam como uma experiência identitária”.

mo, da disforia de gênero ou do transtorno de identidade de gênero, atualmente demandada por alguns ativistas, profissionais dos serviços e intelectuais, na forma de campanha com densidade internacional. De fato, a patologização da transexualidade e da intersexualidade está baseada no pressuposto de que os gêneros são determinados pelo dimorfismo dos corpos e constitui um determinismo apoiado no saber/poder médico.

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

A política estatal de saúde pública brasileira, ao construir o modelo de atendimento aos transexuais no SUS, incorporou em grande parte este determinismo, distinguindo quem pode e quem não pode realizar transformações corporais a partir de critérios psiquiátricos. Este modelo favorece a exclusão de indivíduos que não possuem todas as características esperadas de um “transexual verdadeiro”. Além disso, tal modelo condiciona a aquisição de um novo nome e identidade civil à submissão ao poder da biomedicina na forma de laudos que embasam a Justiça na tomada da decisão de retificar ou não o nome e o sexo do/a pessoa transexual.

As relações de trabalho de pessoas trans

A tradição teórica a qual me vinculo compreende as experiências e trajetórias de vida numa perspectiva de totalidade histórica, onde indivíduos e grupos têm em grande parte suas vidas condicionadas por determinantes de diversas naturezas: econômica, política, cultural e subjetiva. Estes determinantes compõem a dinâmica do real na sociedade e a dialética apresenta-se como o método de abordagem desse real, esforçando-se por entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriamente e transformação. (MINAYO, 1996, p. 65)

As trajetórias de vida de mulheres e homens transexuais constituem a síntese absolutamente singular de suas inserções de classe social, de gênero e “raciais”, bem como de suas características culturais, etárias, de suas carreiras sexuais, entre outras. Como sugere Safiotti (1992, p. 191), somente as “análises concretas de fatos reais poderão mostrar como as vivências humanas apresentam um colorido de classe e um colorido de gênero” e que estas dimensões são, portanto, inseparáveis. Em direção semelhante, o sociólogo Adalberto Cardoso (2013, p. 132)

demonstrou, a partir de dados sobre o mercado de trabalho brasileiro, que, nele, “ser homem traz vantagens duráveis e positivas, em comparação a ser mulher” e “a cor não branca traz desvantagens relativas duráveis, embora bem menos intensas do que os indicadores anteriores”.

A diversidade nas trajetórias de pessoas transexuais é expressiva, mas é possível dizer que a experiência de profunda insatisfação com o gênero com que foram assignadas ao nascerem é um solo comum na riqueza das experiências concretas. Minha preocupação, mesmo correndo o risco de incorrer em generalizações que se contraponham às experiências de alguns ou mesmo de muitos/as, é contribuir para que se discuta aqui um aspecto fundamental à saúde de pessoas transexuais: as relações de trabalho. Trata-se de uma discussão incipiente, portanto estas considerações devem ser submetidas ao crivo da análise das situações concretas de mulheres e homens transexuais na realidade de cada serviço assistencial.

Com frequência, viver como transexual, mesmo que tal identidade não seja totalmente publicizada, implica em trajetórias de vida marcadas por forte estigmatização⁹ que, se por um lado faz vítimas mais ou menos constantes de discriminação,¹⁰ por outro obriga à construção de estratégias criativas através das quais é elaborada a própria existência. Trata-se, portanto, de um processo de “conformismo e resistência”.¹¹ Por isso, as pessoas transexuais não são nem podem ser tomadas como vítimas passivas dos acontecimentos, qualquer que seja a abordagem técnica que demandem.

Por outro lado, é inegável que diferentes dimensões da vida são afetadas pela condição transexual. Uma delas é a inserção na divisão sociotécnica do trabalho, a atividade laborativa e a possibilidade de geração de renda. Embora no cotidiano do programa e em contato com pessoas transexuais pela via do movimento LGBT tenha conhecido de pessoas semialfabetizadas a doutorandas, parece predominar ainda entre trans uma escolaridade limitada.

Especialmente no caso das travestis¹² oriundas de camadas populares, são frequentes as histórias de abandono ou expulsão da família ainda na infância ou na adolescência, assim como narrativas de violência institucional no âmbito da escola. A consequência em geral é a migração

9 Para uma discussão conceitual recente de “estigma” nas Ciências Sociais, ver Phelan, Link e Dovidio (2013).

10 A partir de levantamento bibliográfico internacional no campo da saúde coletiva, assinalam que “a discriminação [...] é geralmente compreendida como um comportamento enviesado, o qual inclui não somente ações que trazem prejuízo ou desvantagem para outro grupo como também aquelas que favorecem injustamente o grupo do próprio perpetrador, gerando desvantagens relativas”. (DOVÍDIO et al., 2010 apud BASTOS; FAERSTEIN, 2012, p. 25) Assim, diferentemente do preconceito e do estereótipo, “[...] corresponde a um conjunto de comportamentos observáveis que se identificam pelo ‘tratamento diferencial e desigual de pessoas ou de grupos em razão de suas origens, pertencimentos, aparências [...] ou opiniões, reais ou supostas’”. (TAGUIEFF, 1997, p. 131 apud BASTOS; FAERSTEIN, 2012, p. 25)

11 O conformismo para Chauí (1994, p. 53-54) é um efeito da sociedade brasileira, que enquanto sociedade autoritária, “conheceu a cidadania através de uma figura inédita: a do senhor-cidadão, e que conserva a cidadania como privilégio de classe, fazendo-a ser uma concessão regulada e periódica da classe dominante às demais classes sociais [...]. É uma sociedade na qual as diferenças e assimetrias sociais e pessoais são imediatamente transformadas em desigualdades, e estas, em relações de hierarquia, mando e obediência (situação que vai da família ao Estado, atravessa as instituições médicas públicas e privadas, permeia a cultura e as relações interpessoais)”. A resistência, por outro lado, sugere “a elaboração de conhecimentos ou de um saber [mesmo] no interior das adversidades”. (CHAUÍ, 1994, p. 15)

12 Nascidas ou nascidos com corpos assignados como masculinos. Se, no movimento LGBT, predomina uma distinção entre travestis e transexuais, no cotidiano dos programas tais distinções nem sempre são tão claras, já que, por exemplo, no norte/nordeste, a categoria “transexual” praticamente não existe. Assim, é comum que “travestis” procurem o programa na busca de mudanças corporais que podem abranger a modificação genital. Também é comum que, por vezes, migrem de outros estados em busca de atendimento ou já com a determinação judicial nas mãos,

para as capitais em busca de lugares onde a travestilidade é mais tolerada e a inserção no mercado sexual como profissionais do sexo, como a única opção. Neste processo, muitas passam a viver em situação de rua e/ou experimentam exploração sexual sofrendo novas violências.¹³

No caso dos transexuais masculinos ou FTM, a expulsão familiar não parece ser a tônica, embora também haja casos assim. No entanto, quando ela ocorre, o mais comum é que, por terem sido assignados como pertencentes ao sexo feminino, encontrem mais facilmente abrigo em famílias alternativas. Foi o caso de um dos FTM que conheci e que passou toda a infância e parte da adolescência de casa em casa e sob trabalho escravo. Tal forma de “acolhimento” também comporta situações de humilhação, abuso sexual, violência física, entre outras. No caso dos nascidos com corpos assignados como femininos, a fronteira entre a homossexualidade, a travestilidade e a transexualidade é bastante borrada.

Também o fato da divisão sociotécnica do trabalho ser, antes de tudo, *sexual*, aqueles que põem o gênero que lhes foi imposto ao nascerem em discussão têm maior dificuldade nas atividades profissionais que, em geral, são bastante generificadas. A questão que aí se coloca é: como desenvolver as competências necessárias a uma profissão, não sendo reconhecido/a o gênero a partir do qual a pessoa se reconhece?

Assim, é comum que as travestis e transexuais de camadas populares só encontrem como opções de trabalho aquelas destinadas às mulheres pobres: cabeleireira, manicure, empregada doméstica, diarista, entre outras. Só que elas não são socialmente vistas como “mulheres completas”, o que dificulta consideravelmente sua inserção mesmo nestas vagas de trabalho.

É uma premissa muito frequente no senso comum a de que pessoas trans tenham pouca escolaridade e/ou capacitação para o trabalho. Os apontamentos que compõem este artigo revelam, todavia, uma realidade bem mais complexa. É claro que existem pessoas trans não escolarizadas e/ou despreparadas para os padrões do mercado de trabalho, mas simultaneamente há muitas que detêm a escolaridade/qualificação necessária e não conseguem se inserir, como no relato abaixo:

Leila tinha 38 anos e morava com os pais e uma filha. Ela era engenheira, exerceu a profissão e estava desempregada desde quando assumiu uma identidade feminina, pois passou a ser frequentemente rejeitada no mercado de trabalho. Vivendo em situação de perda de sua autonomia e respeitabilidade a partir da perda do emprego, Leila estava muito ansiosa e nutria uma enorme expectativa de que sua cirurgia de transgenitalização fosse logo realizada e de que o processo transsexualizador fosse breve, para que suas condições de vida fossem retomadas, embora não houvesse qualquer garantia de que isto ocorreria.

Observei também que, no caso dos homens transexuais com ensino médio ou universitário, é comum que tenham estudado procurando manter oculta ao máximo possível sua masculinidade, a partir de sua inserção em profissões consideradas “femininas” (agente de saúde, enfermeira, professora, cientista social, assistente social) ou “neutras” (administração, direito),

sem que tenham onde se abrigarem no Rio de Janeiro e que passem a morar nas ruas e/ou se prostituírem como parte do esforço de permanecerem próximas do programa.

¹³ Para uma discussão da situação das travestis, ver Benedetti (2002), Campuzano (2008). Para uma discussão da produção histórica das categorias travesti e transexual, ver Leite Júnior (2011).

como estratégia de resistência. Entre os de menor escolarização, a estratégia é recriada, tornando-se, em geral, barbeiros, babás, cuidadores de cães (a esfera do cuidado – que é historicamente feminina – se repete).

O mundo do trabalho traz ainda outros desafios a pessoas trans. É sabido que o critério da “boa aparência” muitas vezes mascara atitudes discriminatórias, como o racismo e o sexismo das empresas ou instituições contratantes. No entanto, em um sem número de instituições empregadoras, as pessoas trans não apenas encontram dificuldades na contratação e permanência, mas também sofrem retaliações e são prejudicadas na possibilidade de ascensão funcional diante de um mundo do trabalho marcado por intensa competitividade.

Além da “boa aparência”, ainda é comum em muitos espaços de trabalho e por força inclusive de instituições religiosas politicamente conservadoras – como grande parte das judias, católicas e protestantes – que tanto a transexualidade quanto a homossexualidade (oficialmente retirada da CID) sejam entendidas como doenças mentais (além de comportamentos moralmente condenáveis), dificultando a visão das pessoas transexuais como socialmente aptas para diferentes atividades laborais.

Experiências de discriminação no ambiente de trabalho motivadas pela transexualidade também ocorrem. Especialmente para aqueles/as que manifestam claramente uma discordância entre os estereótipos de gênero e os documentos que apresentam, alguns ambientes de trabalho parecem funcionar como *casamatas*.¹⁴ Uma dessas casamatas são os ambientes de trabalho remunerado, caracterizados pela informalidade:¹⁵ trabalhar por conta própria, sem vínculos empregatícios e/ou para parentes/amigos/vizinhos. Entre as repercussões sociais de quem decide se proteger através dessa casamata, emerge a desproteção nos termos da seguridade social brasileira (perda de acesso a direitos previdenciários e trabalhistas). Pessoas trans que ficam na informalidade têm subtraído o direito de adoecer e/ou de realizar as possíveis modificações corporais desejadas, sendo remuneradas e tendo garantia de empregabilidade; perdem também o direito de aposentadorias, férias, seguro contra o desemprego, acesso ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), proteção sindical, entre outros.

Os efeitos mais evidentes da informalidade são descritos por Seligman-Silva (2011, p. 222):

[...] grupos e pessoas que são alvo de discriminação trabalham muitas vezes na informalidade e são submetidas a exigências de desempenho excessivo, em condições precárias e potencialmente agressivas à saúde. É comum que o trabalho seja oferecido a essas pessoas sob a alegação de se tratar de ação social filantrópica, voltada a oferecer meio de subsistência aos *necessitados* [grifo da autora] que não conseguem inserção formal no mercado de trabalho. A humilhação e mesmo a exploração se escondem muitas vezes sob o manto de uma falsa

14 Casamata é um termo militar para descrever uma instalação fortificada à prova dos projéteis inimigos. Utilizo a metáfora da casamata por me parecer apropriada para a descrição de um processo relativamente duradouro de busca por inserção e permanência no mercado de trabalho e também por reconhecimento que se dá numa arena de conflitos, onde a própria sobrevivência material dos sujeitos frequentemente está ameaçada.

15 Sobre informalidade no mercado de trabalho brasileiro, é importante resgatar a advertência de Cardoso, de que “nosso mercado de trabalho não é rigidamente segmentado em setores formal e informal. O assalariamento formal foi e segue sendo momento efêmero nas trajetórias de vida da imensa maioria dos brasileiros”. (2013, p. 90)

filantropia que explora simultaneamente o estado de necessidade e a vergonha dessas pessoas.

Outra casamata algumas vezes acionada por pessoas trans que não têm acesso ao trabalho pode ser as práticas ilícitas, a exemplo do que ocorre com muitas outras pessoas que não são trans. A perversa diferença é que na hipótese de responderem por seus crimes em instituições de cumprimento de pena, também lá poderão ser discriminadas por sua identidade/expressão de gênero.

Uma questão imediata com que as pessoas transexuais que passam pelo processo transexualizador se deparam – mesmo quando o fazem pelo SUS – é que, mesmo lenta, a política de saúde caminhou mais depressa que o Poder Judiciário. Com frequência, a modificação corporal, pelo menos para uma parcela das pessoas trans, torna-se possível, mas os sujeitos modificados podem levar anos até obterem autorização judicial para troca do nome e sexo nos documentos formais.

Sob o aspecto da inserção no mundo do trabalho e da geração de renda, esta é uma experiência altamente limitadora para várias mulheres e homens transexuais, porque embora possam gozar subjetivamente e nas relações cotidianas da satisfação com a própria identidade (a partir das transformações corporais), sem a adequação dos documentos permanecem ou acentuam sua clandestinidade, vivendo situações constantes em que são questionados e, eventualmente, discriminados. Foi o que observamos na trajetória abaixo:

Lúcia tinha 25 anos e era bibliotecária. Sua aparência era andrógina: com traços faciais femininos, utilizava roupas masculinas. Motivada pela transexualidade, ela optou pela hormonização e pleiteava na Justiça o direito ao acesso a estes medicamentos no SUS. Apesar de sentir uma enorme vontade de se vestir com roupas femininas e uma tremenda frustração com sua aparência, ela temia que essa decisão pudesse prejudicar suas relações familiares e, principalmente, suas relações profissionais, pois trabalha numa empresa privada. Para manter o vínculo empregatício que, inclusive, incide na sua respeitabilidade junto à família, Lúcia preferiu sacrificar seu conforto subjetivo.

A situação é ainda mais complexa para aqueles/as que realizam as transformações corporais sem passarem pelo SUS, porque, neste caso, o reconhecimento via processo judicial é ainda mais dificultado. Uma solução à brasileira para lidar com a questão, face à dificuldade de obtenção do direito à retificação de nome e sexo, tem sido a utilização do dispositivo do nome social, uma conquista do movimento de travestis e transexuais, regulamentado na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (MS), em algumas portarias ministeriais e em algumas portarias de secretarias e leis estaduais e municipais. A utilização do nome social nem sempre é simples, como vemos no relato abaixo:

Sueli tinha 37 anos e morava sozinha em uma casa alugada. Trabalhava no setor de informática de uma instituição pública de ensino. Na instituição, viveu há alguns anos atrás ‘um pouco de resistência’ no que diz respeito à utilização de seu nome social, embora já tivesse começado suas modificações corporais, mas ela só solicitou a utilização do nome e começou a usar o nome feminino quando já havia superado o estágio probatório como

servidora pública, para ter ‘certeza de não ser mandada embora’ (SIC). Mesmo após levar uma lei estadual à direção da instituição para comprovar seu direito ao nome social, não foi atendida e teve que iniciar um processo judicial para conseguir. Tendo ganho de causa, ainda assim, algumas funcionárias da instituição ‘faziam chacota’, em especial a diretora. Apesar da condição de funcionária pública ter proporcionado a Sueli o uso da lei, a inexistência de ações socioeducativas que estimulassem o cumprimento da lei, bem como de sanções ao seu não cumprimento, fizeram dela alvo constante de assédio moral, inclusive pela chefia.

Outra casamata construída por pessoas trans como forma de acesso a ambientes de trabalho menos hostis, e para que não corram risco de demissão, tem sido a opção daqueles/as com melhor escolarização por se tornarem servidores públicos. A inserção a partir de concurso público é uma vantagem, pois não há a necessidade tão clara de expor ao empregador a “aparência”,¹⁶ há dispositivos legais e normas que possibilitam o uso do nome social, embora também haja várias práticas e relações, no setor público, que podem significar constrangimento e dificultar a inclusão: o momento das provas, as possíveis provas físicas e os exames admissionais. Além disso, ingressar no serviço público não significa necessariamente deixar de viver atitudes discriminatórias no cotidiano das instituições.

A inserção em cargos do setor público também pode se constituir como uma casamata capaz de oferecer maior proteção durante os complexos processos sociais que acompanham a afirmação de outra identidade/expressão de gênero. Ainda que seja efetivamente menor no setor público o risco de uma demissão injustificada e/ou motivada pelo sexismo/homofobia, ele existe, porque podem ocorrer situações contínuas de ostracismo ou constrangimento, por exemplo, que comprometam a produtividade e/ou a saúde também destes(as) trabalhadores(as).

O ingresso de um/a transexual, mesmo em espaços onde teoricamente existe um discurso mais crítico e menos excludente – como as universidades – é motivo de alguns comentários depreciativos e o sujeito se torna alvo constante de olhares e comentários que dificultam aquilo que, muitas vezes, é a maior aspiração destas pessoas: o “direito à indiferença”. Vale dizer também que a burocracia das instituições públicas federais, estaduais e municipais ainda está distante de construir protocolos que facilitem efetivamente a vida dos/as funcionários/as trans.

As escolas e universidades são, em geral, espaços onde pessoas trans encontram barreiras que muitas vezes se tornam intransponíveis. Especialmente quando começam a produzir mudanças nos seus corpos, são frequentemente vítimas de *bullying* e da homofobia/transfobia de colegas, técnicos e professores. Há várias nuances nesta – por vezes lenta e gradual – expulsão do espaço escolar. Por um lado, é comum que muitas famílias não apostem no potencial intelectual de crianças, adolescentes/jovens que manifestam características percebidas como divergentes do gênero que lhes foi imposto, como apostam no potencial dos/as demais e se sintam constrangidas de intervir a seu favor em situações de discriminação e violência, porque tais famílias por vezes temem serem vistas como inferiores às demais. Por

¹⁶ Vale destacar que, no caso das forças armadas, a inserção de uma mulher ou homem transexual que declare esta condição e/ou modifique seu corpo tem sido impossível, mesmo mediante comprovação de competência técnica via concurso público.

outro lado, é comum que estas pessoas tenham baixo desempenho escolar nas atividades consideradas adequadas ao seu sexo documental e, também por isso, não sejam valorizadas em seus esforços.

Além disso, coletamos relatos de violência cometida por professores, colegas e funcionários (inclusive física) no espaço das salas de aula, dos pátios e dos banheiros. Há pouco tempo, uma amiga atuante no governo estadual me relatou a situação de um “menino” de 10 anos, morador de uma aldeia de pescadores (filho de um), que na escola se recusava ao uso do banheiro masculino e das roupas masculinas, sendo por isso rotineiramente espancado por colegas. A história, passada num município do interior, ganhou tamanha visibilidade (que chegou ao governo estadual), também porque a escola não sabia como intervir na situação, cobrando da criança e da família a “solução do problema”. Outro aspecto que dificulta a vida nas escolas é o fato de que ela é um espaço, assim como o trabalho, permeado pelo uso frequente de documentos identificados, como as listas de chamada, as provas, entre outros, como se pode observar no relato abaixo:

Roberto tinha 21 anos e era estudante de graduação de comunicação social numa universidade privada. Tinha uma aparência física bastante masculina, ao ponto de os profissionais de saúde que o atenderam a primeira vez não o perceberem como um homem transexual. Ele não havia realizado ainda mastectomia e amarrava os seios, aguardando o cumprimento do protocolo de dois anos de atendimento prescritos pela Portaria 457/2008 do MS, mas era possível perceber a amarra depois de um olhar mais detalhado da camisa masculina que ele vestia. Ele residia com o pai, a mãe e uma avó e não identificava conflitos com a família que inclusive o auxiliava financeiramente porque não conseguia trabalhar. Na faculdade, entretanto, Roberto achava que ninguém sabia da sua condição, muito embora na lista de chamada constasse seu nome de registro feminino. A tática que ele encontrou para lidar com o problema foi não responder à chamada e esperar o fim da aula, para confirmar a presença reservadamente ao professor. Tal estratégia tinha sido relativamente bem sucedida porque alguns professores, já cientes da sua história, deixaram de utilizar seu nome feminino e passaram a marcar a presença simplesmente ao observarem que ele estava presente na sala de aula. Outros professores, entretanto, a despeito da estratégia, sempre o chamavam pelo nome de registro, alegando 'esquecimento' (SIC). Alberto avaliava que de fato se trata de 'preconceito' e se sentia bastante incomodado com a situação.

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

Considerações finais

Em síntese, o que temos observado, de forma exploratória, a partir da observação e dos dados da equipe técnica do Serviço Social, foi que as relações de trabalho têm forte influência nas condições de vida de pessoas trans, bem como nas condições e na forma como passam e constituem dispositivos de acesso ao processo transexualizador no SUS. Da mesma forma, as relações e condições de trabalho são diretamente afetadas pela decisão de pessoas transexuais se assumirem como tais, especialmente quando optam por realizar modificações corporais e pela retificação de nome e sexo.

A baixa escolarização agrava a incidência da discriminação, restringindo o acesso de mulheres e homens trans a postos de trabalho, onde podem gozar de maior prestígio e proteção contra demissão, mas ela sozinha não explica os complexos processos que levam pessoas trans ao desemprego e/ou ao subemprego. Por outro lado, a informalidade e o acesso a postos de trabalho de qualificação mediana, especialmente no serviço público, se afiguraram como estratégias para inserção/permanência no trabalho, especialmente nos momentos em que as modificações corporais se acentuam e/ou quando ainda não tiveram o nome e sexo retificados. Apesar disso, o acesso a postos de trabalho no setor público também não pode ser tomado como a chave-mestra que abre as portas para uma trajetória de trabalho sem possibilidade de discriminação.

O dispositivo do nome social tem sido um recurso para algumas pessoas trans buscarem para si um maior conforto, seja em seus lugares de formação profissional (escolas, cursos e universidades), seja em seus lugares de trabalho diretamente. No entanto, este é um mecanismo que parece incidir mais formalmente no serviço público do que nas empresas privadas, em razão da existência, no setor público, de alguma base de regulação, enquanto ela inexistente no que tange às instituições privadas e/ou não governamentais. Por outro lado, algumas narrativas sugerem que o uso do nome social esteja significativamente ligado à possibilidade das próprias pessoas trans negociarem seu uso nas instituições, tanto quanto à existência/conhecimento dos recursos normativos para serem acionados nas instituições, no momento em que o uso do nome é demandado. Daí a importância de que tais questões sejam abordadas pela assistência multiprofissional disponibilizada durante o processo transexualizador, a fim de que os indivíduos fortalecidos reúnam as condições necessárias para exercerem o protagonismo político que ainda se faz necessário neste processo de negociação do nome social. Também é fundamental que o Poder Público coordene suas ações nos níveis municipal, estadual e federal, para que os indivíduos inseridos no processo transexualizador se beneficiem da ação técnico-profissional de equipes que também se voltem para as instituições empregadoras e seus gestores, através de ações socioeducativas neste plano.

Vale ainda destacar que as famílias de origem aparecem como espaços sociais altamente tensionados entre a necessidade de auxiliarem – inclusive economicamente – seus membros trans e o receio de sanções/desaprovação comunitária. Por outro ângulo, várias pessoas trans constroem suas próprias famílias com companheiros/as, filhos/as, enteados/as e outros vínculos, por vezes encontrando o sustento econômico e subjetivo através deles. Outras trajetórias, no entanto, nos revelam ainda que, ao construir suas próprias famílias, assumem simultaneamente a responsabilidade econômica com seus membros, o que lhes apresenta desafios ainda maiores para se inserirem/manterem no mercado de trabalho.

Referências

- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, p. 5-20, 1997.
- BASTOS, Francisco I. *Saúde em questão*. São Paulo/Rio de Janeiro: Claro Enigma, Fiocruz, 2011.
- BASTOS, João Luiz; FAERSTEIN, Eduardo. *Discriminação e saúde: perspectivas e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- BECKER, C. Como mudar de sexo: a vida, as angústias e as cirurgias que transexuais fazem com o doutor Eloísio Aleksandro num hospital público do Rio de Janeiro. *Revista Piauí*, n. 43, p. 42-46, abr. 2010.
- BENEDETTI, M. R. A calçada das máscaras. In: GOLIN, C.; WEILER, L. G. *Homossexualidades, cultura e política*. Porto Alegre: Sulina/Nuances, 2002. p. 140-152.
- BENTO, M. B. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BRASIL. *Lei Orgânica da Saúde n.8080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: ago. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.803 de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o processo transexualizador no SUS. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, n. 226, 21 nov. 2013, seção 1, p. 25-31.
- CAMPUZANO, G. Recuperação das histórias travestis. In: CORNWALL, A.; JOLLY, S. *Questões de sexualidade: ensaios transculturais*. Rio de Janeiro: ABIA, 2008. p. 81-90.
- CARDOSO, Adalberto. *Ensaio de sociologia do mercado de trabalho brasileiro*. Rio de Janeiro: FGV, 2013.
- CHAUÍ, M. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. 5 ed. São Paulo, Brasiliense, 1994.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 54, n. 14, p. 7-11, 1986.
- FLEURY, S. Reforma Sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Revista Physis*, n. 14, v. 3, p. 743-752, 2009.
- LEITE JÚNIOR, Jorge. *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias 'travesti' e 'transexual' no discurso científico*. São Paulo: Annablum/FAPESP, 2011.

- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1996.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.
- PHELAN, Jo; LINK, Bruce; DOVIDIO, John. Estigma e preconceito: um animal ou dois? In: MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza (Org.). *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 183-201.
- PORTO, M. F. S.; ALMEIDA, G. S. de. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. *Ciência @ Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, p. 335-347, 2002.
- SAFFIOTI, H. I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A. O.; BRUSCHINI, C. (Org.). *Uma questão de gênero*. São Paulo; Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- SAMAJA, J. *A Reprodução Social e Saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida*. Salvador: ISC-UFBA, Casa de Saúde, 2000.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Revista Physis*, n. 17, v. 1, p. 29-41, 2007.
- SELIGMAN-SILVA, Edith. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011.
- TARRIDE, I. M. *Saúde pública: uma complexidade anunciada*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- VASCONCELOS, A. M. de. *A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents. Genebra, 1948.

A arteterapia no atendimento às pessoas transexuais

Liliana Lopes Pedral Sampaio
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Este capítulo é fruto do trabalho de Arteterapia que vem sendo realizado na clínica com pessoas transexuais, desde 2010. Chamamos a atenção para o fato de que alguns autores adotam o termo “arte-terapia”, enquanto outros utilizam “arteterapia”. Preferimos a nomenclatura arteterapia, por concordarmos que a prática arteterapêutica nasce como um campo transdisciplinar, que se forma pelo entrecruzamento de vários campos do conhecimento. Ela atravessa e ultrapassa esses campos, indo além dos conteúdos formais de cada disciplina.

Aqueles que estão realmente envolvidos com o dia-a-dia da prática arteterapêutica sabem, de forma visceral, que o campo é transdisciplinar. Sabem assentados no fazer cotidiano o quanto são bem-vindos os múltiplos conhecimentos das estratégias artísticas, como são clareadoras as proposições das teorias psicológicas, como o olhar das estratégias educacionais poderá contribuir e como as proposições das teorias da criatividade abrem trilhas benéficas. (PHILIPPINI, 2004, p. 11)

Não existe uma única linha teórica determinada para o desempenho do psicólogo em Arteterapia. Os arteterapeutas se apoiam em diferentes técnicas e teorias, a depender da sua formação, opção e criatividade. Além disso, muitos psicoterapeutas trabalham com linguagens artísticas ou expressivas sem se denominarem arteterapeutas, por se utilizarem dessas linguagens somente como recursos complementares ao seu fazer terapêutico. Para Sei (2011), os mate-

riais artístico-expressivos podem ser empregados como mediação na comunicação emocional, o que constitui uma condição facilitadora da presentificação do “si mesmo” do paciente, ou seja, da expressão de seu gesto espontâneo.

Para este trabalho clínico, a pesquisa que realizamos antes, em campo, junto a outras pessoas transexuais, contribuiu bastante, facilitando a construção do vínculo transferencial, o desenrolar e a continuidade das sessões. Um dos pressupostos deste trabalho é a dimensão interativa do ser humano. “O ser humano é antes de tudo um ser de relações e a Arte não faz outra coisa que confirmar e representar essa situação”. (FORESTIER, 2011, p. 47) O trabalho com a Arteterapia auxiliou para que cada um dos participantes se tornasse responsável e autônomo em suas criações, ampliando seu autoconhecimento e posições no mundo, incentivando, a cada encontro, novas falas, expressões e possibilidades de novos olhares e formas de comunicação.

Tive momentos maravilhosos de autoconhecimento e paz interior, me tornando um ser humano melhor, pra mim mesmo, e para os que estão à minha volta, mas é algo que precisa sempre ser renovado, como nossas energias. Os exercícios são relaxantes e na maioria das vezes nos proporciona uma viagem seja para o passado ou futuro. (fala de um paciente)

Esta experiência clínica contribuiu para certificar as potencialidades da Arteterapia, fazendo brotar de cada indivíduo o que lhe é mais precioso e verdadeiro, sem que julgamentos ou preocupações estéticas direcionem o trabalho por um conceito normativo do que é correto ou belo para poder ser reconhecido e aceito pela maioria das pessoas. O trabalho auxiliou, portanto, no desenvolvimento emocional dos pacientes e, conseqüentemente, promoveu uma maior independência dos mesmos em relação às críticas e olhares que uma sociedade fundamentada no binarismo de gênero costuma direcionar às pessoas transexuais.

Dentre os distintos referenciais teóricos nos quais a arteterapia se apoia, encontram-se a Psicanálise e a Psicologia Analítica. “A partir dos escritos de Freud e dos trabalhos de Jung, as expressões artísticas e as diferentes técnicas tornaram-se cada vez mais presentes no processo psicoterapêutico”. (CARVALHO; ANDRADE apud CARVALHO, 1995, p. 33) Pereira (1976) ressalta que a arteterapia não esteve associada ao Movimento Psicanalítico e nem às concepções de Freud relativas à Arte. Porém, esse mesmo autor aponta Freud como aquele que abriu um novo horizonte com seu trabalho, possibilitando a interpretação psicanalítica da cultura e de suas várias manifestações. Embora a palavra *arte* tenha conotações de valor, de qualidade estética, o arteterapeuta não pretende que o paciente produza obras de arte nas sessões de arteterapia. Tampouco as sessões de arteterapia são sessões recreativas. O terapeuta busca, nas configurações plásticas do paciente, a expressão de “seus sofrimentos e os desejos sob forma não proposicional”. (SILVEIRA, 2006, p. 92) O que se busca, portanto, é uma linguagem com a qual a pessoa possa exprimir suas emoções mais profundas.

A arteterapia foi muito positiva em minha vida, pois ela ajudou a me expressar de uma forma mais ampla, além das palavras que muitas vezes me faltam, sendo uma boa alternativa para quem quer se autoconhecer e é fechado para conseguir falar sobre seus sentimentos. Através dela pude me conhecer melhor interiormente e externamente, crescendo e melhorando como

ser humano. E o grupo também enriqueceu no sentido de vivência, trazendo novos olhares e situações, nos fazendo refletir mais e sempre respeitar as diferenças. (fala de um paciente)

Segundo Paín (2009), a tentativa de definir arteterapia dando um significado a cada um dos termos que a compõem é arriscado, pois a conceituação de ambas as palavras se mostra árdua e sua síntese impossível.

Vinda de campos distintos, esta disciplina aparece assim como uma espécie estranha. Porém, analisando a sua dupla origem, é possível mostrar que o termo 'arteterapia' se ajusta a uma época histórica e uma intenção social, e que o desenvolvimento da disciplina dependerá das respectivas mudanças constatadas no campo da arte e da psicoterapia. [...] A utilização da arte com fins terapêuticos só pode ser concebida no momento em que a clínica psicoterapêutica mudou fundamentalmente. [...] o encontro entre arte e terapia foi possível pelo surgimento de uma teoria semiológica que analisa o funcionamento mental imanente, capaz de dar conta da vocação dramática do aparelho simbólico. (PAÍN, 2009, p. 11-22)

Enquanto que o homem é um ser formador, capaz de estabelecer relacionamentos entre múltiplos eventos que ocorrem com ele, a arte é uma forma de expressão e comunicação. É uma linguagem simbólica que resulta de uma reunião de fatores como, por exemplo, intuição, observação, ação inconsciente e consciente, emoção, conhecimento técnico, talento e criatividade. Relacionando os eventos, o homem os configura em sua experiência de viver e lhes dá significados. Para Ostrower (2005), os processos de criação se interligam como processos intuitivos e se ligam intimamente com o nosso ser sensível. Mesmo no âmbito conceitual ou intelectual, a criação se articula principalmente através da sensibilidade.

Nas perguntas que o homem faz ou nas soluções que encontra, ao agir, ao imaginar, ao sonhar, sempre o homem relaciona e forma. [...] ainda que com diferentes graus ou talvez em áreas sensíveis diferentes, todo ser humano que nasce, nasce com um potencial de sensibilidade. (OSTROWER, 2005, p. 9, 12)

Dentro do processo psicoterapêutico, a criação artística favorece e enriquece as formas de expressão, além de facilitar a vinculação ao processo terapêutico de maneira que o paciente, a cada sessão, acompanhando seu próprio ato de criar-se e recriar-se, formar-se e deformar-se, consegue desenvolver uma narrativa tanto verbal como visual da sua realidade. A arteterapia possibilita ao sujeito a oportunidade de reatar o diálogo com seu corpo e seu entorno.

[...] a sociedade tudo faz para minimizar os sintomas e para distrair os sofrimentos através das drogas totalmente legais: os fármacos e a televisão. O mal-estar é motivo da mesma denegação que antes dizia respeito à sexualidade. O objetivo da terapia através da arte é devolver ao corpo o direito à emoção e a sentir o mundo, de chegar a ser sujeito

da paixão, porque as necessidades psíquicas são sempre as mesmas, porém, com suas proibições e ordens, cada momento da história fornece algumas possibilidades de reação e fecha outras. (PAÍN, 2009, p. 47)

Segundo Carvalho (1995), no livro *A Arte Cura?*, a partir das observações de Freud de que o inconsciente se manifesta também através de imagens,

[...] começou a ser percebida a possibilidade das imagens servirem como comunicação simbólica entre o paciente e o terapeuta, além de ter uma função catártica quando liberadas. A utilização da arte como linguagem complementar à verbal no trabalho de Jung e o valor do fazer artístico em si, como atividade criativa e integradora da personalidade, deram o impulso maior para que a arte viesse a ser utilizada pelos psicoterapeutas. (CARVALHO, 1995, p. 23)

Para Ostrower (2005), as formas de expressão não são gratuitas e nem os relacionamentos se estabelecem ao acaso, ainda que talvez a lógica de seu desdobramento nos escape; sentimos que há umnexo.

Sentimos, também, que de certo modo somos nós o ponto focal de referência, pois ao relacionarmos os fenômenos nós os ligamos entre si e os vinculamos a nós mesmos. Sem nos darmos conta, nós os orientamos de acordo com expectativas, desejos e medos, e sobretudo de acordo com uma atitude do nosso ser mais íntimo, uma ordenação interior. Em cada ato nosso, transparece a projeção de nossa ordem interior. Constitui uma maneira específica de focalizar os fenômenos, sempre em busca de significados. (OSTROWER, 2005, p. 9)

No grupo, à medida que o trabalho clínico avançava, a expressão de pensamentos e sentimentos ocorria mais tranquilamente, com ideias e posicionamentos próprios. Os pacientes tornaram-se mais envolvidos e comprometidos entre si, trocando suas experiências, apoiando e esclarecendo dúvidas, fazendo questionamentos e compartilhando suas interpretações uns com os outros.

A arteterapia me proporcionou descobertas internas e externas do meu ser, um autoconhecimento para conduzir melhor minha vida e buscar o que almejo. Mexeu intimamente com lembranças, saudades, dores guardadas, alegrias e sonhos. Por me considerar uma pessoa fechada, a arteterapia me ajudou a expressar meus sentimentos através de suas diversas atividades, liberando o que já não me servia mais e construindo o caminho desejado de ser um ser humano melhor e ser eu sempre. E realizá-la em grupo impactou positivamente na minha vida, me fazendo conhecer outras experiências e olhares, gerou muitas reflexões e ensinamento de olhar para dentro e para fora. Depois da arteterapia estou em constante transformação para juntar os meus fragmentos e ficar mais perto do meu interior. (fala de um paciente)

Nessa busca de significados e transformações, por se encontrar em um plano diferente do terapeuta, o paciente deve participar de toda e qualquer interpretação relativa à sua criação. A função do arteterapeuta é acolher e possibilitar que os conteúdos mais difíceis, que exijam um contato mais profundo e doloroso, possam vir à tona de forma que o processo aconteça na direção da “cura”. O ato de criar, por si só, é um ato terapêutico, porém, na arteterapia, as imagens e formas produzidas através das pinturas, modelagens, como também os sons, as poesias e outras formas de criação retratam um movimento que deve ser acompanhado na intenção de que se cumpra o objetivo do *setting* terapêutico, dando voz ao que surge em função da busca do próprio sujeito que se propõe a estar ali. No *setting* arteterapêutico, os impulsos e fantasias do paciente também são investidos no processo artístico expressivo:

Achei muito interessante o fato de você ver coisas diferentes na mesma máscara a cada vez que olha para ela (não sei como funciona a projeção, vou usar em outro sentido), fiquei com a impressão de que nos projetamos na máscara a cada vez que olhamos para ela e, como cada momento é único, vemos algo diferente de cada vez, achei isso o máximo. (fala de um paciente)

Como determinar e diferenciar o que é uma obra de arte do que não o é? Sabemos que, na arteterapia, as atividades artísticas devem ser propostas de forma livre, não existindo preocupações estéticas com relação ao resultado final da criação. Muitos são os questionamentos em relação ao intrigante e enigmático processo criativo. Como ocorre e de onde vem a criatividade? Submeter-se ao processo terapêutico através da Arte pode proporcionar ou facilitar a descoberta de determinados talentos e, algumas vezes, de artistas. Porém, ainda que possa ser um ganho extraordinariamente benéfico para a saúde física e psíquica, descobrir talentos e formar artistas não é o objetivo do *setting* na arteterapia.

Durante as sessões de Arteterapia, a leitura e interpretação do que ocorre se dá como em outras formas de psicoterapia, em que os gestos, a fala, as ações e as demais expressões corporais fazem parte. Valoriza-se a linguagem verbal. Muitos pacientes, depois de algum tempo de trabalho na arteterapia, relatam que conseguem se expressar melhor e falar mais livremente sobre si.

[...] depois da última sessão, fiquei um bom tempo com o estômago mareado, então sei que mexeu muito fundo; também percebi que estou mais “desbocado”, conseguindo por alguns limites e respostas que antes eu ficaria quieto e remoendo o que não havia falado [...]. (fala de um paciente)

A Arteterapia possibilitou aos sujeitos em questão reinventarem seus modos de lidar com a realidade, inclusive compreendendo um sofrimento que, muitas vezes, provém de determinantes psicossociais. Além disso, estimulou-os a tornarem-se conscientes de uma existência individual e social, ainda que esse processo de conscientização não tenha sido vivido de forma intelectual, permitindo aos mesmos observarem-se, conhecerem-se e tocarem-se além da razão, do que é tido e afirmado como norma, estimulando, assim, o exercício do pensar e das novas formas de se relacionar com o desconhecido, com o que ainda não possui familiaridade. A Arteterapia facilitou a saída do enclausuramento da vida social e psíquica, permitindo mais

facilmente, para essas pessoas, lidarem com as exigências sociais com menos sofrimento e de maneira mais criativa, na afirmação e reconhecimento das suas existências legítimas. Para Ostrower (2005), o ato criador abrange a capacidade de compreender, ordenar e relacionar, dando forma a algo “novo”, ou mesmo estabelecendo novas coerências em termos novos, configurando e significando.

Avalia-se que a criação artística assume o lugar do sonho, no que se refere à promoção de bem-estar humano. (SEI, 2011) “No que se relaciona à criatividade primária, deve-se compreender como o indivíduo experimenta o processo de criar, de como este ocorre internamente [...]”. (SEI, 2011, p. 38) Segundo Freud (1916 [1915-1916]), na sua conferência sobre a elaboração onírica,

Se fizermos uma série de comparações entre os pensamentos oníricos e os sonhos manifestos que os substituem, encontraremos toda sorte de coisas para as quais estamos despreparados: por exemplo, que o disparate e o absurdo dos sonhos possuem seu significado. [...] os sonhos são desprovidos de sentido porque a atividade mental nos sonhos abandonou todas as suas faculdades de críticas; segundo nosso ponto de vista, pelo contrário, os sonhos se tornam carentes de sentido quando uma parcela de crítica, incluída nos pensamentos oníricos – um julgamento de que 'isso é absurdo' - tem de ser apresentada. (FREUD, 1980, p. 212)

Nesse aspecto, podemos fazer uma aproximação com as construções que acontecem nas sessões de Arteterapia, na medida em que o que parece inicialmente absurdo adquire sentido ao longo do trabalho. Outra contribuição importante apresentada por Freud em relação à elaboração onírica, que se encontra presente no trabalho arteterapêutico, diz respeito à condensação. Para Freud (1980),

A condensação se realiza das seguintes maneiras: (1) determinados elementos latentes são totalmente omitidos, (2) apenas um fragmento de alguns contextos do sonho latente transparece no sonho manifesto e (3) determinados elementos latentes, que têm algo em comum, se combinam e se fundem em uma só unidade no sonho manifesto. (FREUD, 1980, p. 204-205)

Podemos observar, nas atividades de colagens feitas pelos pacientes, que determinados elementos e fragmentos de diferentes personagens e situações claramente se combinam e se fundem em uma só unidade, ou mesmo que determinados elementos latentes são totalmente omitidos ou se apresentam apenas por um fragmento. Segundo Paín (2009), o arteterapeuta identifica e assinala as possíveis relações entre os afetos e as figurações, na simultaneidade e na sequência de sua produção, até que a interpretação em suspenso floresça por sua própria maturação.

Entre a psicanálise e a arteterapia, pode-se estabelecer o mesmo paralelismo que existe entre a abordagem filológica e a abordagem arqueológica da história, ou seja, a possibilidade de compreender uma cultura através de seus escritos ou objetos. (PAÍN, 2009, p. 173-175)

Na arteterapia, os processos intuitivos facilitam que o paciente mergulhe em seu universo inconsciente, aproximando-o de si mesmo. Podemos inferir que essa aproximação proporciona um envolvimento com sua criação nos níveis físico-neurológico, mental-emocional, que pode facilitar ou acelerar a tomada de consciência e a resolução de conflitos.

Gosto muito da arteterapia, tenho muita dificuldade em me expressar em palavras, por isso gosto muito da expressão pela arte. Sinto que consigo entrar muito mais dentro de mim mesmo. Na terapia convencional muitas vezes fico sem palavras, mas, com a arte, a psicóloga sempre consegue arrancar algo daqui de dentro. Também percebo que através da arte eu me exponho mais claramente para a terapeuta, sendo que muitas vezes me peguei medindo palavras na terapia convencional. Pra mim é uma experiência incrível e única, onde mergulho de cabeça e permito me expor. Além de sentir que, com as atividades propostas, conseguimos ir muito mais fundo nos meus sentimentos do que com palavras, descobrindo alguns até então desconhecidos por mim, de uma forma que não consigo fugir. (fala de um paciente)

O trabalho com a arteterapia estimula a imaginação do paciente, contribuindo para uma melhora na comunicação de suas experiências de angústia. A angústia pertence a um terreno mais inconsciente e mais primitivo e, por isso, nem sempre encontra representação em um código linguístico verbal. (SEI, 2011) O processo criativo espontâneo, não verbal, pode facilitar a regressão, de maneira que as fantasias e impulsos primários se tornam uma fonte de inspiração e de elaboração.

Eu acho que a arteterapia facilita visualizar e compreender certas coisas, ajuda literalmente a ver certas situações, situações essas que se ficassem somente na terapia verbalizada não seriam tão facilmente visualizadas e/ou interpretadas. (fala de um paciente)

Se a palavra não é o único meio de comunicação, nem a única maneira de trazer à consciência conteúdos inconscientes, a expressão não verbal em uma terapia, como a arteterapia, possibilita o trabalho com aspectos de difícil acesso pela via da palavra, para alguns pacientes. Segundo Naumburg (1987), tal como um analista em uma sessão de psicanálise, o arteterapeuta estimula o paciente a fazer associações livres a partir de suas criações, expressando sonhos, fantasias, desejos etc.

Na arteterapia, o paciente é encorajado a descobrir a significação de suas criações, o que é alcançado “graças ao estabelecimento de uma relação transferencial com o arte-terapeuta”. (SILVEIRA, 2006, p. 93) Essa dinâmica é o que distingue a arteterapia de outras práticas que envolvem atividades artísticas absolutamente livres, espontâneas, onde não acontece uma intervenção, mas, no máximo, uma atitude simpática para com quem cria, com uma função catalisadora e de encorajamento. Na arteterapia, às vezes ocorre uma revelação de imagens, que são autorretratos da situação psíquica em que a pessoa se encontra aprisionada.

A arte-terapia dinamicamente orientada baseia-se no reconhecimento de que os pensamentos e sentimentos fundamentais do homem derivam do inconsciente [...]. As técnicas da arte-terapia baseiam-se no conhecimento de que todo indivíduo, tenha ou não treinamento em arte, possui capacidade latente para projetar seus conflitos internos sob forma visual. (SILVEIRA, 2006, p. 93)

Segundo Jacoby (2005, p. 167), a “arteterapia é um campo de conhecimento no qual os recursos criativos e expressivos são facilitadores para desencadear o processo de produção e criação, oportunizando a manifestação da subjetividade”. É importante observar, entretanto, que, em 1976, Pereira já havia pontuado que é necessário discernir qual modalidade de terapia pode servir a uma determinada situação e a determinado paciente. A arteterapia não deve ser entendida como uma “farmacopeia universal” de todos os males. (PEREIRA, 1976, p. 41) A transexualidade é sumamente complexa e inclui uma diversidade de formas de subjetivação. Nesse sentido, a sua investigação e manejo clínico opõem-se à tentativa de entender as pessoas transexuais como um grupo homogêneo, ao qual a arteterapia necessariamente pode se aplicar.

Assim como em todos os grupos, as pessoas transexuais têm vivências distintas umas das outras e, por isto, não constituem um único grupo com mesmas características. A abordagem terapêutica utilizada aqui favoreceu a expressão artística, verbal ou em silêncio, com menor nível de entraves ou censuras. No grupo, ocorreram discussões abertas, com livre associação de ideias, sem a obediência a uma agenda de temas preestabelecida. Obviamente o que era desenvolvido pelo grupo sempre tinha alguma relevância para os seus integrantes, suscitando pensamentos e sentimentos relacionados a experiências do presente e do passado atualizado. Os assuntos abordados e as questões surgidas no grupo foram tratados de forma confidencial por todos e, à medida que os pacientes se envolviam com o trabalho clínico, auxiliavam uns aos outros até mesmo na tomada de importantes decisões, discutidas entre eles. Algumas pessoas, que iniciaram a terapia de forma mais cautelosa, permaneceram em silêncio em um primeiro momento e, posteriormente, tornaram-se mais participativas e confiantes, interagindo com todos os demais.

Para a arteterapia, assim como para todas as outras formas de terapia, as interpretações dos fenômenos variam a depender da teoria que as sustentam, do entendimento do profissional e de suas experiências pessoais e clínicas. Ao mesmo tempo em que o trabalho com a arteterapia edifica pontes entre os conteúdos subjetivos e objetivos, contribui na busca de algo que deve ser alcançado, prevalecendo a originalidade de cada pessoa: “O que achei mais incrível na arteterapia é que não existe qualquer tipo de rótulo, existem apenas seres humanos buscando algo, cada um com a sua necessidade”. (fala de um paciente)

Segundo Tiburi (apud TIBURI; CHUÍ, 2010, p. 45), “nossa sociedade controla a sexualidade humana, exigindo que ela se exerça segundo normas ou até mesmo escapes da norma, que são, por contradição, altamente normatizados”. Jacoby (2005, p. 169) afirma que “o território terapêutico é um espaço de sentido, de significação social”; no fazer artístico, o “participante vai se construindo e se apropriando, promovendo sua saúde e seu bem-estar, [...], resgatando sua história e sua cidadania”. Podemos dizer que os grupos e os atendimentos arteterapêuticos

oportunizam aos sujeitos se colocarem como criadores e transformadores das suas realidades, dando-lhes a oportunidade de se expressarem simbolicamente. Na arteterapia, as pessoas configuram e materializam seus conflitos e afetos, o que favorece o resgate da sua autoconfiança e autoestima.

Nesse sentido, verificamos que o trabalho clínico com grupos de pessoas transexuais possibilitou a elaboração de experiências e processos específicos, a partir do compartilhamento de algumas vivências similares. Assim, foi possível abordar aspectos do processo transexualizador, por exemplo, e os modos pelos quais essas pessoas estavam sendo afetadas por esse processo, desde que decidiram iniciá-lo. Também pôde-se tratar, sem constrangimento, de questões ligadas às relações interpessoais, utilização do nome civil de registro e do nome social. O clima criado pela proposta e condução psicoterápica favoreceu a autorrevelação, de modo que terapeuta e membros do grupo tomaram conhecimento de muitos fatos e sentimentos vivenciados por cada um. O compartilhamento da própria intimidade poderia ser muito difícil em um grupo composto por pessoas que não fossem transexuais, desconhecessem o tema ou mesmo tivessem preconceito em relação a ele. A arteterapia com pessoas transexuais possibilitou, então, o cumprimento do objetivo do grupo terapêutico, que foi trabalhar a vivência dessas pessoas em relação aos seus processos de vida.

Referências

- CARVALHO, Maria M.; ANDRADE, Liomar Q. Breve histórico do uso da arte em psicoterapia. In: CARVALHO, Maria M. (Coord.). *A arte cura?*. São Paulo: Psy II, 1995. p. 27-38.
- CARVALHO, Maria M. (Coord.). O que é arte-terapia. In: _____. *A arte cura?*. São Paulo: Psy II, 1995. p. 23-26.
- FORESTIER, Richard. *Tudo sobre arte-terapia*. São Paulo: Idéias e Letras, 2011. 272 p.
- FREUD, Sigmund. A elaboração onírica [1915-1916]. In: _____. *Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. p. 203-219. (v. 15).
- JACOBY, Leonice S. C. Arteterapia: um olhar diferenciado de escuta ... espaço de subjetivação. In: _____. *Terapias expressivas ou arteterapia: vivências através da arte*. Novo Hamburgo: Feevale, 2005. p. 167-181.
- NAUMBURG, Margaret. *Dynamically Oriented Art Therapy: Its principles and practice*. Chicago: Magnolia Street Publishers, 1987. 168p.
- OSTROWER, Fayga. *Criatividade e processos de criação*. Petrópolis: Vozes, 2005. 187p.
- PAÍN, Sara. *Os fundamentos da arteterapia*. Petrópolis: Vozes, 2009. 239p.
- PEREIRA, Regina de C. Chagas. *A espiral do símbolo: a arte como terapia*. Petrópolis: Vozes, 1976. 146p.

PHILIPPINI, Angela. Transdisciplinaridade e arteterapia. In: ORMEZZANO, G. (Org.). *Questões de Arteterapia*. Passo Fundo: UPF, 2004. p. 11-17.

SEI, Maria Bonafé. *Arteterapia e psicanálise*. São Paulo: Zagodoni, 2011. 128p.

SILVEIRA, Nise. *O mundo das imagens*. São Paulo: Editora Ática, 2006. 165p.

TIBURI, Márcia. In: TIBURI, Márcia; CHUÍ, Fernando (Org.). *Diálogo Desenho*. São Paulo: Editora Senac, 2010. 195p.

Processo judicial e a adequação do nome e do sexo do transexual

Tereza Rodrigues Vieira

Introdução

Nossa legislação não menciona a transexualidade em seus dispositivos, contudo, isto não significa que os transexuais não possam solicitar a mudança de sua documentação, no tocante ao nome e ao sexo. Por outro lado, alegar que o pedido é juridicamente impossível não é motivo para se rejeitar tal demanda, diante da inexistência de impeditivos legais expressos em nosso ordenamento jurídico.

O princípio da dignidade da pessoa humana e a inviolabilidade da intimidade, consagrados pela Constituição Federal, no art. 1º, III, art. 3º, IV e art. 5º, X, são fundamentais para a promoção do bem de todos, sem preconceito ou nenhuma discriminação. Adequar nome e gênero são direitos da personalidade, portanto, imprescindíveis para o desenvolvimento da pessoa em sociedade.

Hoje, são centenas de sentenças favoráveis às pessoas caracterizadas como transexuais, no tocante à adequação do nome e sexo no registro civil, nos mais diversos estados da federação. Nossa experiência retrata, sobretudo, o Estado de São Paulo, onde atuamos com escritório especializado em Registro Civil.

Há questionamentos interessantes que demandam reflexão apurada, tais como: É possível mudar o nome e o sexo antes da cirurgia? Tal concessão pode prejudicar terceiros? É possível casar-se após a mudança dos documentos e antes da cirurgia de transgenitalização?

Uso do nome social, antes do reconhecimento judicial

Depois de muito sofrerem, os transexuais e travestis obtiveram algumas conquistas setorializadas. Hoje são inúmeros os decretos, resoluções, portarias etc., que autorizam o uso do nome social por travestis e transexuais, conforme sua identidade de gênero, antes do reconhecimento judicial.

A Portaria nº 1.820, do Ministério da Saúde, de 13 de agosto de 2009, dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, e estabelece, em seu art. 4º, parágrafo único, I, que é direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, registrar o nome social, independente do registro civil, sendo permitido o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por nenhuma forma desrespeitosa ou preconceituosa.

A Portaria n. 233, de 18 de maio de 2010, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, em consonância com a política de promoção e defesa dos direitos humanos, assegura aos servidores públicos, no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, o uso do nome social adotado por travestis e transexuais.

Do mesmo modo, autoriza a utilização do nome social, mediante requerimento da pessoa interessada, nos seguintes casos: I – cadastro de dados e informações de uso social; II – comunicações internas de uso social; III – endereço de correio eletrônico; IV – identificação funcional de uso interno do órgão (crachá); V – lista de ramais do órgão; e VI – nome de usuário em sistemas de informática. O § 1º, inciso IV, prescreve que o nome social deverá ser anotado no anverso e o nome civil no verso da identificação funcional. O Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape) implementou um campo para a inscrição do nome social indicado pelo servidor.

O Ministério da Educação, por meio da Portaria nº 1.612, de 18.11.2011, permite a escolha de tratamento nominal nos atos e procedimentos aos agentes públicos deste Ministério, incumbindo às autarquias vinculadas a esta Pasta a regulamentação da matéria dentro da sua esfera de competência. Fica assegurada a utilização do nome social, mediante requerimento da pessoa interessada, nos seguintes casos: I – cadastro de dados e informações de uso social; II – comunicações internas de uso social; III – endereço de correio eletrônico; IV – identificação funcional de uso interno do órgão (crachá); V – lista de ramais do órgão; e VI – nome de usuário em sistemas de informática. § 1º – No caso do inciso IV, o nome social deverá ser anotado no anverso e o nome civil no verso da identificação funcional. § 2º – A pessoa interessada deverá indicar, no momento do preenchimento do cadastro ou ao se apresentar para o atendimento, o prenome que corresponda à forma pela qual se reconhece, é identificada, reconhecida e denominada por sua comunidade e em sua inserção social. Os agentes públicos deverão tratar a pessoa pelo prenome indicado, que constará dos atos escritos. O prenome anotado no registro civil deve ser utilizado para os atos que ensejarão a emissão de documentos oficiais, acompanhado do prenome escolhido. (BRASIL, 2011)

A nosso ver, no tocante aos alunos menores de idade, a inclusão do nome social poderá ser feita mediante autorização, por escrito, dos pais ou responsáveis.

Desde 14 de Janeiro de 2011, a Universidade de São Paulo (USP) já havia passado a adotar a Lei Estadual 55.588/2010, aceitando o uso do nome social de alunos e alunas travestis e transexuais em seus documentos acadêmicos.

A quase totalidade dos estados da federação já permite o uso do nome social. São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Bahia, Maranhão, Goiás, Pará, Tocantins, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Santa Catarina, Piauí, Paraíba, Rio de Janeiro, Alagoas, Distrito Federal, Roraima, Mato Grosso, Pernambuco, Espírito Santo autorizam, mas há diferenças na abrangência, por vezes, na saúde, na educação pública etc.

O Conselho Federal de Psicologia, através da Resolução CFP 14/11, de 20 de julho de 2011, autoriza o uso do nome social na Carteira de Identidade Profissional. A decisão abarca outros documentos, como relatórios e laudos. O nome será adicionado no campo de *Observações* do Registro Profissional.

Ao seu turno, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), através da Resolução nº 615, de 8 de setembro de 2011, deliberou sobre a inclusão e uso do nome social do assistente social travesti e do assistente social transexual nos documentos de identidade profissional, considerando que os direitos à livre orientação sexual e à livre identidade de gênero constituem direitos humanos e que a sua proteção requer ações efetivas das entidades do Serviço Social no sentido de garantir o pleno exercício da cidadania da população LGBT.

Estabelece a Resolução CFESS nº 615 que as Carteiras e Cédulas de Identidade Profissional, a partir da nova expedição pelo CFESS, serão confeccionadas contendo um campo adequado para inserção do nome social do assistente social, que assim requererem. O nome social será inserido apenas na Carteira de Identidade Profissional no campo “Nome”, sendo o nome civil grafado na linha seguinte, até serem expedidos os novos documentos profissionais.

Conforme estabelece o art. 2º, a pessoa interessada solicitará, por escrito, e indicará, no momento da sua inscrição no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), o prenome que corresponda à forma pela qual se reconheça, é identificada, reconhecida e denominada por sua comunidade e em sua inserção social.

A utilização do nome social nas assinaturas decorrentes do trabalho desenvolvido pelo assistente social, juntamente com o número do registro profissional, é autorizada por esta Resolução. Para efeito de tratamento profissional do assistente social, a exemplo de crachás, dentre outros, deverá ser utilizado somente o nome social e o número de registro (Art. 3º).

Em fevereiro de 2013, os deputados federais Jean Wyllys e Erika Kokay protocolizaram na Câmara o projeto de lei 5002/2013, batizado como *Lei João W. Nery* – a Lei de Identidade de Gênero. O referido projeto é, basicamente, uma cópia da lei argentina de identidade de gênero, em vigor naquele país. Garante-se o direito do reconhecimento à identidade de gênero de todas as pessoas transexuais no Brasil, sem que se necessite demandar, em juízo, nem laudos médicos e psicológicos, nem cirurgias ou hormonioterapias. Conforme o projeto, basta que o transexual vá ao Cartório e solicite a adequação dos documentos. Na realidade, a transexualidade não está no corpo, mas na mente.

Inserção no trabalho

Com a documentação inadequada, que retrata prenome e sexo que não representam a realidade do indivíduo, não há qualquer possibilidade de inserção social.

A Lei n. 12.288, de 20 de julho de 2010, modificou a Lei n. 9.029/95, dando ao art. 4º, a seguinte redação:

O rompimento da relação de trabalho por ato discriminatório, nos moldes desta Lei, além do direito à reparação pelo dano moral, faculta ao empregado optar entre: I - a readmissão com ressarcimento integral de todo o período de afastamento, mediante pagamento das remunerações devidas, corrigidas monetariamente, acrescidas dos juros legais; II - a percepção, em dobro, da remuneração do período de afastamento, corrigida monetariamente e acrescida dos juros legais.

A título de ilustração, mister se faz citar um caso que teve como protagonista um transexual, motorista de uma ambulância na cidade de Itu-SP. Relata que já trabalhava no local havia mais de 14 anos e sofrera assédio moral por parte de seu superior hierárquico por ter assumido sua transexualidade em 2007. Apesar da necessidade dos usuários, conforme atestou outro funcionário, não lhe era permitido laborar. Diante disso, o Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região reconheceu o assédio moral, condenando o município a pagar o valor de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) a título de verba indenizatória. Conforme o relator:

O fato do empregador deixar o empregado na ociosidade, sem qualquer função, marginalizando-o no ambiente de trabalho, constitui inequivocamente assédio moral. E, na hipótese, o assédio moral é decorrente da discriminação de que o autor foi vítima, discriminação essa que sequer foi declarada, mas, sim, velada, que é aquela que é mais difícil de ser comprovada, porque não se caracteriza por comportamento visível a todos. (BRASIL, 2010)

O anteprojeto do Estatuto da Diversidade Sexual (art. 66-74), elaborado pela Comissão de Diversidade Sexual, da qual honrosamente fizemos parte, no tocante à discriminação no trabalho, prevê que passará a ser crime (art. 102) deixar de contratar alguém ou dificultar a sua contratação, quando atendidas as qualificações exigidas para o cargo ou função, motivado por preconceito de sexo, orientação sexual ou identidade de gênero. A pena será a reclusão de um a três anos, a qual poderá ser aumentada de um terço se a discriminação se der no acesso aos cargos, funções e contratos da administração pública. Em ocorrendo, durante o contrato de trabalho ou relação funcional, discriminação motivada por preconceito de sexo, orientação sexual ou identidade de gênero, o agente incorrerá nas mesmas penas.

Igualmente, é proibido inibir o ingresso, coibir a admissão ou a promoção no serviço privado ou público, em função da orientação sexual ou identidade de gênero do profissional. Configura discriminação demitir, de forma direta ou indireta, empregado, em razão da orientação sexual ou identidade de gênero, segundo determina o Estatuto.

Caberá à administração pública e à iniciativa privada a promoção de campanhas com o intuito de elevar a qualificação profissional de travestis e transexuais, transgêneros e intersexuais para que tenham as mesmas chances e oportunidades que as demais pessoas.

Conforme bem assevera o magistrado federal Roger Raupp Rios:

DIREITO CONSTITUCIONAL - TRANSEXUALISMO - (...) - PRINCÍPIO DA IGUALDADE E PROIBIÇÃO DE DISCRIMINAÇÃO POR MOTIVO DE SEXO - DISCRIMINAÇÃO POR MOTIVO DE GÊNERO - DIREITOS FUNDAMENTAIS DE LIBERDADE, LIVRE DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE, PRIVACIDADE E RESPEITO À DIGNIDADE HUMANA - DIREITO À SAÚDE - FORÇA NORMATIVA DA CONSTITUIÇÃO - [...] A proibição constitucional de discriminação por motivo de sexo protege heterossexuais, homossexuais, transexuais e travestis, sempre que a sexualidade seja o fator decisivo para a imposição de tratamentos desfavoráveis. 3 - A proibição de discriminação por motivo de sexo compreende, além da proteção contra tratamentos desfavoráveis fundados na distinção biológica entre homens e mulheres, proteção diante de tratamentos desfavoráveis decorrentes do gênero, relativos ao papel social, à imagem e às percepções culturais que se referem à masculinidade e à feminilidade. 4 - O princípio da igualdade impõe a adoção de mesmo tratamento aos destinatários das medidas estatais, a menos que razões suficientes exijam diversidade de tratamento, recaindo o ônus argumentativo sobre o cabimento da diferenciação. [...] 5 - O direito fundamental de liberdade, diretamente relacionado com os direitos fundamentais ao livre desenvolvimento da personalidade e de privacidade, concebendo os indivíduos como sujeitos de direito ao invés de objetos de regulação alheia, protege a sexualidade como esfera da vida individual livre da interferência de terceiros, afastando imposições indevidas sobre transexuais, mulheres, homossexuais e travestis. 6 - A norma de direito fundamental que consagra a proteção à dignidade humana requer a consideração do ser humano como um fim em si mesmo, ao invés de meio para a realização de fins e de valores que lhe são externos e impostos por terceiros; são inconstitucionais, portanto, visões de mundo heterônomas, que imponham aos transexuais limites e restrições indevidas [...]. (BRASIL, 2007)

Evidentemente, toda prática de discriminação, laboral ou social, deve ser exemplarmente punida, uma vez que a transexualidade por si só não diminui o indivíduo, devendo este ser livre para desenvolver sua sexualidade e personalidade, de acordo com a sua identidade de gênero.

Autorização Judicial para mudança da documentação antes e depois da cirurgia

A jurisprudência nacional tem sido majoritariamente favorável à adequação do nome e do sexo do transexual. Considerando que nem todos desejam a cirurgia ou nem todos conseguem realizá-la, já existe uma forte corrente que admite que a cirurgia não é determinante para o reconhecimento do direito à adequação dos documentos, uma vez que a cirurgia não transforma homem em mulher ou vice-versa. Por ser mulher, por ter o gênero feminino é que a pessoa deseja realizar o acompanhamento psicológico ou médico, se for o caso. A feminilidade lhe é

natural. O mais importante é o gênero da pessoa, como ela se sente, como se porta, como se coloca diante da sociedade e do mundo.

Não há meio de inclusão sem o uso do nome correspondente ao gênero desejado, pois ninguém consegue viver com o desconforto e o constrangimento de um prenome que não corresponde à sua realidade. Nome e gênero em harmonia são imprescindíveis para o desenvolvimento da pessoa em sociedade.

Cumpramos lembrar que a transexualidade está na mente e não no corpo. Assim, prenome masculino para alguém que se sente pertencente ao gênero feminino é, por demais, ridículo, e vice-versa. Lembramos que a referida alteração já é possível para qualquer pessoa, independente da sua identidade de gênero. Finalmente, os tribunais têm entendido que a adequação do nome e sexo para aquele em que o indivíduo se sente mais incluído, mais funcional, em nada prejudica terceiros, uma vez que o número dos documentos continuará os mesmos.

Elencamos aqui algumas ementas que confirmam o entendimento atual dos nossos tribunais acerca do assunto:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE RETIFICAÇÃO DE REGISTRO CIVIL. Pedido realizado por transexual - Inclusão de prenome feminino no registro civil - Cabimento. A incoincidência da identidade do transexual provoca desajuste psicológico, não se podendo falar em bem-estar físico, psíquico ou social. Assim, o direito à adequação do registro é uma garantia à saúde, e a negatividade da modificação afronta imperativo constitucional, revelando severa violação aos direitos humanos. Sentença reformada. Recurso do autor conhecido e provido. Recurso do Ministério Público conhecido e parcialmente provido. Decisão unânime. (SERGIPE, 2012)

EMENTA: ALTERAÇÃO DE REGISTRO CIVIL - TRANSEXUAL - REDESIGNAÇÃO DO GÊNERO NO REGISTRO CIVIL - INEXISTÊNCIA NO ORDENAMENTO JURÍDICO DE UMA PREVISÃO QUE TORNE O PEDIDO INVIÁVEL - ART. 1º, III, ART. 3º, IV E ART. 5º, X DA CF/88 - PRINCÍPIOS DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DA INVIOABILIDADE DA INTIMIDADE. - Se não existe no ordenamento jurídico qualquer vedação à alteração de registro de pessoa transexual, não há que se falar em impossibilidade jurídica do pedido, que é encontrada nos princípios e valores que a Constituição da República sobreleva. Seguindo-se os preceitos constitucionais, a dignidade da pessoa humana, enquanto princípio fundamental da República Federativa do Brasil, constitui diretriz que deve nortear a alteração de registro civil de transexual. A Carta Magna objetiva em seu art. 3º promover o bem de todos sem qualquer preconceito de sexo e salienta no inc. X de seu art. 5º ser inviolável a intimidade, a honra e a vida privada de uma pessoa. Deve-se, desta forma, adaptar a designação sexual e o prenome à nova situação do cidadão. - O princípio da veracidade que norteia o registro público impõe que seja feita a anotação à sua margem de que se trata de averbação feita por ordem judicial. (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS, 2012)

REGISTRO PÚBLICO. MUDANÇA DE SEXO. EXAME DE MATÉRIA CONSTITUCIONAL. IMPOSSIBILIDADE DE EXAME NA VIA DO RECURSO ESPECIAL. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA 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. (BRASIL, 2009b)

Direito civil. Recurso especial. Transexual submetido à cirurgia de redesignação sexual. Alteração do prenome e designativo de sexo. Princípio da dignidade da pessoa humana. - Sob a perspectiva dos princípios da Bioética - de beneficência, autonomia e justiça -, a dignidade da pessoa humana deve ser resguardada, em um âmbito de tolerância, para que a mitigação do sofrimento humano possa ser o sustentáculo de decisões judiciais, no sentido de salvaguardar o bem supremo e foco principal do Direito: o ser humano em sua integridade física, psicológica, socioambiental e ético-espiritual. [...] De posicionamentos herméticos, no sentido de não se tolerar “imperfeições” como a esterilidade ou uma genitália que não se conforma exatamente com os referenciais científicos, e, conseqüentemente, negar a pretensão do transexual de ter alterado o designativo de sexo e nome, subjaz o perigo de estímulo a uma nova prática de eugenia social, objeto de combate da Bioética, que deve ser igualmente combatida pelo Direito, não se olvidando os horrores provocados pelo holocausto no século passado. Recurso especial provido. (BRASIL, 2009a)

Há decisões que autorizam a adequação dos documentos até para quem ainda não realizou cirurgia de transgenitalização. Vejamos:

EMENTA: APELAÇÃO. RETIFICAÇÃO DE REGISTRO CIVIL. TRANSEXUALISMO. TRAVESTISMO. ALTERAÇÃO DE PRENOME INDEPENDENTEMENTE DA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO. DIREITO À IDENTIDADE PESSOAL E À DIGNIDADE. CONFIRMAÇÃO DE SENTENÇA DE PRIMEIRO GRAU. ACOLHIMENTO DE PARECER DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE SEGUNDO GRAU. A demonstração de que as características físicas e psíquicas do indivíduo, que se apresenta como mulher, não estão em conformidade com as características que o seu nome masculino representa coletiva e individualmente são suficientes para determinar a sua alteração. A distinção entre transexualidade e travestismo não é requisito para a efetivação do direito à dignidade. Tais fatos autorizam, mesmo sem a realização da cirurgia de transgenitalização, a retificação do nome da requerente para conformá-lo com a sua identidade social. Pronta indicação de dispositivos legais e constitucionais que visa evitar embargo de declaração com objeto de prequestionamento. REJEITADAS AS PRELIMINARES NEGARAM PROVIMENTO. UNÂNIME. (RIO GRANDE DO SUL, 2009)

Em agosto de 2013, a 6ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça de Minas Gerais reconheceu “o direito dos transexuais à alteração de seu prenome conforme o sentimento que eles têm de si mesmos, ainda que não tenham se submetido à cirurgia de transgenitalização”, por considerá-la “medida que se revela possível em consonância com o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.” (MINAS GERAIS, 2013)

No mesmo sentido foi o acórdão da 1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul (TJMS), em 27 de abril de 2012, da lavra do Relator Des. Sérgio Fernandes Martins, que determinou a alteração do prenome masculino para o feminino, antes do procedimento cirúrgico. Vejamos:

[...] o conceito de sexo não pode ser identificado apenas pelo aspecto anatômico, uma vez que, para a Medicina Legal, não se pode mais considerar o conceito de sexo fora de uma apreciação plurivetorial, resultante de fatores genéticos, somáticos, psicológicos e sociais. A Psicologia define a sexualidade humana como uma combinação de vários elementos: o sexo biológico (o sexo que se tem), as pessoas por quem se sente desejo (a orientação sexual), a identidade sexual (quem se acha que é) e o comportamento ou papel sexual. Como os fatos acabam se impondo ao Direito, a rigidez do registro identificatório da identidade sexual não pode deixar de curvar-se à pluralidade psicossomática do ser humano.

Ora, se o autor se considera mulher e assim é visto pela sociedade e pela medicina, não pode continuar nessa situação degradante e aviltante que afronta os mais relevantes princípios fundamentais da pessoa humana, em razão apenas e tão somente de uma deficiência do Estado, que ainda não possibilitou a conclusão do processo de mudança física de gênero.

Desse modo, nada obstante o atraso na realização da cirurgia de mudança de sexo, que, reitero, somente ainda não foi realizada por deficiência do sistema público de saúde, as provas existentes nos autos confirmam que o autor se crê mulher e como tal é visto pela sociedade, fato que justifica plenamente a excepcional adequação do prenome. Desse modo, com fulcro no § 1º do artigo 557 do CPC e de acordo com parecer da Procuradoria-Geral de Justiça, dou provimento de plano ao presente recurso para tornar insubsistente a sentença recorrida, bem como para, nos termos do que dispõe o § 3º do artigo 515 do Código de Processo Civil, julgar procedente o pedido inicial com o fim de determinar a alteração do prenome do recorrente em seu assento de nascimento, no qual deve passar a constar Hillary ao invés de Hilário. P.R.I.C-se.

A cirurgia não *transforma* homem em mulher. O indivíduo já possui o gênero feminino e por isso deseja a cirurgia, pois já é mulher, se for o caso. Da mesma forma, *matatis mutandis*, o indivíduo que nasce com o corpo feminino e possui o gênero masculino.

Apelar para a realidade biológica já não tem mais cabimento, hodiernamente. Não se pode renegar os aspectos psicossociais do indivíduo, fechando os olhos para a subjetividade de cada um.

Adequação do prenome do menor no Registro Civil

Evidentemente, somos favoráveis à adequação do prenome da criança e do adolescente, com autorização dos pais ou responsáveis legais, em caso de transexualidade.

No início de 2013, propusemos em São Paulo ação judicial inédita, que tramitou em segredo de justiça, objetivando adequar o nome de menor impúbere, “diagnosticada” como transexual, através de pareceres médicos e psicológicos. O julgamento do caso foi rápido e a adolescente foi representada pelos pais.

Relatamos na petição o sofrimento e tristeza por que passava a requerente em sua vida pessoal e social. Desde a infância a pessoa percebe o quanto é difícil conviver com um nome que não corresponde à sua realidade. Na adolescência o problema se agrava, pois o círculo social é mais abrangente, bem como as cobranças sociais. Nessa fase da vida, os jovens começam a sair sozinhos, vão ao cinema, casa de amigos, frequentam bibliotecas, museus, usam transporte público com desconto, apresentam carteirinha de estudante etc. Não é difícil imaginar o quão traumática é a vivência escolar com o *bullying*, sobretudo nas aulas de Educação Física, em que meninos e meninas são apartados.

Felizmente, no caso em comento, deparamo-nos com profissionais de Direito sensíveis ao passado da requerente e preocupadas com seu presente e futuro. Quanto à menoridade, manifestou-se o Ministério Público, demonstrando caráter humanístico e sensibilidade profunda pelo sofrimento alheio. Vejamos:

Não é justo nem aceitável submeter a requerente a mais alguns anos de sofrimentos, angústia, vexames e vergonhas. Se há uma medida

judicial que pode contribuir com o seu bem-estar, com a sua adequação à sociedade, com seu amor próprio, que vai lhe deixar mais feliz, e até mais preparada para enfrentar todas as dificuldades que a vida lhe reserva, não há motivo justo para o Judiciário lhe voltar as costas. Não permitir a referida alteração, com fundamento exclusivamente em sua menoridade, corresponderia a condená-la a conviver por mais três anos com os conflitos que a atormentam e, inegavelmente, atingem a dignidade da pessoa humana protegida pela Constituição Federal. [...]. Assim, ante o exposto, ausentes indícios de prejudicialidade para terceiros, manifesto-me favoravelmente à pretensão contida na inicial. (VIEIRA, 2013, p. 22)

Por sua vez, decidiu o douto Juízo, manifestando percuciente solidariedade ao ser humano, invocando valores constitucionais que devem nortear casos como o presente:

É preciso que se compreenda que há princípios no presente caso que implicam a procedência do pedido. Destaco os seguintes princípios que fazem parte desta fundamentação: dignidade da pessoa humana, veracidade registrária, e o princípio da proporcionalidade. A dignidade da pessoa humana, fundamento do Estado Democrático de Direito, significa o reconhecimento de que o indivíduo é superior a todas as coisas. Vale dizer: utilizando-se da fórmula *kantiana*, o indivíduo não pode ser coisificado. De se destacar ainda que a dignidade da pessoa humana conduz a reinterpretação do princípio da veracidade registrária. Principal problema enfrentado pelos transexuais refere-se à ausência de correlação entre a sua identidade de gênero e a identidade constante em sua documentação. Há evidente descompasso entre uma e outra. Quando se analisa a veracidade registrária à luz da dignidade da pessoa humana, é o documento que deve se adaptar à pessoa, e não a pessoa que deve se adaptar ao documento. Daí porque a análise visual do presente caso demonstra que deve ser deferida a retificação pretendida pela autora. Neste sentido, a utilização do princípio da proporcionalidade também conduz a esta conclusão. O princípio da proporcionalidade (esclareço que minha concepção de proporcionalidade é a formulada pelo Professor Virgílio Afonso da Silva, em seu texto *O proporcional e o razoável*) conduz a que se analise se determinada intervenção estatal pode ou não interferir nos direitos fundamentais. No caso dos autos não há proporcionalidade em se impedir a alteração do nome da autora, seja por ausência de adequação, seja por ausência de necessidade, seja por ausência de proporcionalidade em sentido estrito. Assim, a procedência do pedido é medida de rigor. Ante o exposto, julgo procedente o pedido nos termos da inicial. (VIEIRA, 2013, p. 23)

O exímio parecer ministerial e a precisão da sentença coroaram o trabalho daqueles que militam por causas justas e jamais enfrentadas pelo temor do insucesso. O Ministério Público e o Judiciário têm enfrentado bravamente questões polêmicas e combatido preconceitos, fazendo

justiça em casos que outros jamais ousariam inovar e reconhecer a dignidade daquele que sofre em busca da verdadeira identidade. (VIEIRA, 2013)

Estatuto da Diversidade Sexual e Direito Comparado

Suécia, Alemanha, Holanda, Itália, Portugal e Argentina possuem leis específicas sobre o assunto. Certos estados dos Estados Unidos e do Canadá consagram os direitos dos transexuais. Por outras vias, igualmente o reconhecem: Dinamarca, Finlândia, Noruega, Bélgica, Luxemburgo, Suíça, Turquia, França, Peru, Colômbia, Uruguai etc. Ressalte-se aqui que a Argentina possui a lei mais avançada do mundo, onde não há necessidade de cirurgias ou laudos para adequação do nome e sexo, bastando o indivíduo dirigir-se ao Cartório com o pedido. (ARGENTINA, 2012) Menores também podem alterar, desde que autorizado pelos responsáveis legais. Outros países o reconhecem, mas há necessidade de ação judicial, como é o caso do Brasil.

A sexualidade humana pode ser expressada de diversas maneiras. Contudo, o exercício de quase todas elas é visto como antinatural pela sociedade conservadora. A Ordem dos Advogados do Brasil-Federal, através da Portaria n. 016/2011, criou a Comissão Especial da Diversidade Sexual para elaboração do anteprojeto do Estatuto da Diversidade Sexual (EDS), com o objetivo de tratar dos direitos da população LGBT. (ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, 2011)

Apesar das discussões acerca de todos os temas deste Estatuto, nossa maior cooperação se ateve mais aos aspectos que envolviam os transexuais. Conforme o EDS, deve ser garantido aos transexuais e intersexuais o acesso, particular ou pelo SUS, aos procedimentos médicos, cirúrgicos e psicológicos concernentes à adequação do sexo morfológico à identidade de gênero, se for o caso.

A maioria deve ser imposta como requisito para a realização das cirurgias de adequação sexual. A realização das cirurgias de transgenitalização não deve ser empecilho para a adequação do nome e do gênero. A sentença de adequação do nome e sexo dos transexuais deve ser averbada no Livro de Registro Civil de Pessoas Naturais, sendo também assegurada a retificação em todos os outros registros e documentos, sem qualquer referência à causa que ensejou a mudança. Certidões de inteiro teor só poderão ser expedidas a requerimento da parte ou por determinação judicial.

O uso do nome social é garantido aos transexuais, travestis e intersexuais que possuam identidade de gênero distinta do sexo morfológico, pelo qual são reconhecidos e identificados em sua comunidade: I – em todos os órgãos públicos da administração direta e indireta, na esfera federal, estadual, distrital e municipal; II – em fichas cadastrais, formulários, prontuários, entre outros documentos do serviço público em geral; III – nos registros acadêmicos das escolas de ensino fundamental, médio e superior.

O art. 72 assegura aos transexuais, travestis, transgêneros e intersexuais o registro do nome social na Carteira de Trabalho e nos assentamentos funcionais, devendo assim serem identificados no ambiente de trabalho.

Em todos os espaços públicos e abertos ao público, é assegurado o uso das dependências e instalações correspondentes à identidade de gênero, como, por exemplo, os banheiros.

Os leitos de internação hospitalar devem respeitar e preservar a identidade de gênero dos pacientes. O Estatuto coíbe qualquer discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero em hospitais, ambulatórios, postos de saúde e consultórios médicos, promessas de cura, bem como o oferecimento de tratamento de reversão da orientação sexual ou identidade de gênero.

Considerando que a discriminação afasta o transexual das escolas, o Estatuto prevê que os estabelecimentos de ensino devem coibir, no ambiente escolar, situações que visem intimidar, ameaçar, constranger, ofender, castigar, submeter, ridicularizar, difamar, injuriar, caluniar ou expor aluno a constrangimento físico ou moral, em decorrência de sua orientação sexual ou identidade de gênero.

No ato da matrícula nas escolas de ensino fundamental e médio e nos cursos superiores, é assegurado aos transexuais, travestis, transgêneros e intersexuais o uso do nome social, o qual deverá constar em todos os registros acadêmicos.

Incumbe ao poder público promover a capacitação dos professores para uma educação inclusiva, bem como ações com o intuito de elevar a escolaridade de homossexuais, bissexuais, transexuais, travestis e intersexuais, de modo a evitar a evasão escolar.

No que diz respeito ao direito ao trabalho, configura discriminação demitir, de forma direta ou indireta, empregado, em razão da orientação sexual ou identidade de gênero. Será considerado crime deixar de contratar alguém ou dificultar a sua contratação, quando atendidas as qualificações exigidas para o cargo ou função, motivado por preconceito de sexo, orientação sexual ou identidade de gênero. A pena será a de reclusão, de um a três anos. Esta pena será aumentada de um terço se a discriminação se der no acesso aos cargos, funções e contratos da administração pública.

Aquele que, durante o contrato de trabalho ou relação funcional, discrimina alguém motivado por preconceito de sexo, orientação sexual ou identidade de gênero, incorrerá nas mesmas penas.

Segundo o Estatuto, a orientação sexual ou identidade de gênero não exceptuam os direitos previdenciários, garantidos estes a todas as pessoas.

A administração pública e a iniciativa privada devem promover campanhas com o objetivo de elevar a qualificação profissional de travestis e transexuais, transgêneros e intersexuais.

É por demais conhecida a prática imperante no tocante ao exercício do direito à moradia do transexual ou do travesti. Conforme o EDS, é proibida qualquer restrição à aquisição ou à locação de imóvel em decorrência da orientação sexual ou identidade de gênero do adquirente ou locatário.

Por se tratar de aspecto da vida privada, estabelece o Estatuto que as demandas que tenham por objeto os direitos decorrentes da orientação sexual ou identidade de gênero devem tramitar em segredo de justiça. Considerando que é bastante discutível a competência nestes casos, estabelece o Estatuto que as ações não criminais devem tramitar nas Varas de Família e os recursos devem ser apreciados por Câmaras Especializadas em Direito de Família dos Tribunais de Justiça, onde houver.

Considerações finais

Os nossos julgadores, felizmente, já não se prendem ao aspecto genético do corpo, considerando, sobretudo, os aspectos psicossociais.

O casamento do transexual, após o reconhecimento judicial da adequação dos documentos é possível, uma vez que tem direito a constituir família. Hoje, até mesmo os casais homoafetivos se casam, portanto a impossibilidade para procriação não deve ser vista como empecilho.

Bom que se frise que nem todas as pessoas vivem a sua transexualidade do mesmo modo, cabendo, portanto, reconhecer essa diversidade. O acompanhamento, se for o caso, deve ser direcionado para cada pessoa. Por vezes, o indivíduo não deseja se submeter às cirurgias, mas apenas à hormonização e à psicoterapia, no intuito de se fortalecer no enfrentamento da rejeição vivida no ambiente social e familiar.

O direito de usufruir da cidadania plena deve ser reconhecido por todos os poderes constituídos, pois não se pode impedir a felicidade de alguém com base em suas características genéticas. É desumano obrigar o transexual a manter documentos que não expressam mais a sua realidade, impedindo o seu desenvolvimento como pessoa.

Referências

ARGENTINA. *Ley 26.743, Identidad de Género*, sancionada em 9 de maio de 2012, promulgada em 23 de maio de 2012 e publicada em 24 de maio de 2012.

BRASIL, Ministério da Educação. Portaria de nº 1.612, de 18 de novembro de 2011. Assegura aos transexuais e travestis o direito à escolha de tratamento nominal nos atos e procedimentos promovidos no âmbito do Ministério da Educação. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 21 nov. 2011, n. 222, seção 1, p. 67.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 14 ago. 2009, seção 1, p. 80.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria nº 233, de 18 de maio de 2010. Fica assegurado aos servidores públicos, no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, o uso do nome social adotado. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 19 maio 2010, Seção 1, p. 76.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de lei 5002/2013*. Autores: deputados federais Jean Wyllys e Erika Kokay.

BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 21 jul. 2010.

BRASIL. Lei n. 9.029, de 13 de abril de 1995. Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 17 abr. 1995.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça – STJ. *Recurso Especial* REsp 1008398/SP. Relatora Ministra Nancy Andrighi, DJ. 15 out. 2009a.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça – STJ. *Recurso Especial* REsp 737993/MG. Relator Ministro João Otávio de Noronha, DJ. 10 nov. 2009b.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho - TRT (15.Região). *RO n. 0078000-40.2008.5.15.0018*. 3ª Turma. Relator Des. Federal do Trabalho Lourival Ferreira dos Santos. DJ, 01 jun. 2010.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho – TRT (4. Região). *AC 2001.71.00.026279-9* - 3ª Turma. - Relator Des. Fed. Roger Raupp Rios – Diário de Justiça Estadual, 22 ago. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução CFP n° 14/11*, publicada em 24 Jun. 2011. Profissionais da psicologia transexuais ou travestis podem usar o nome social na carteira de identidade profissional, bem como em documentos como relatórios e laudos.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Resolução n° 615*, de 8 set. 2011. Dispõe sobre a inclusão e uso do nome social da assistente social travesti e do(a) assistente social transexual nos documentos de identidade profissional.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. *Estatuto da Diversidade Sexual*. 2011. Portaria n. 016/2011, criou a Comissão Especial da Diversidade Sexual para elaboração do anteprojeto do Estatuto da Diversidade Sexual (EDS), com o objetivo de tratar dos direitos da população LGBT. Disponível em: <www.direitohomoafetivo.com.br>. Acesso em: 20 out. 2012.

MINAS GERAIS . Tribunal de Justiça de Minas Gerais - TJMG, *AC 1.0231.11.012679-5/001*, 6ª C. Cív., Rel. Des. Edilson Fernandes, 23 jul. 2013.

MINAS GERAIS . Tribunal de Justiça de Minas Gerais - TJMG. *Apelação Cível n° 1.0647.07.081676-2/001* - Relatora: Desª. Vanessa Verdolim Hudson Andrade. 1ª Câmara Cível do TJMG, 31 out. 2012.

MATO GROSSO DO SUL. Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul. TJMS. *1ª Câmara Cível*. Relator Des. Sérgio Fernandes Martins, 27 abr. 2012.

RIO GRANDE DO SUL . Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. *Apelação Cível n° 70022504849*, Oitava Câmara Cível, TJRS. Relator: Rui Portanova, Julgado em 16 abr.

SÃO PAULO. Assembleia Legislativa. *Lei Estadual 55.588*, de 17 mar. 2010. Dispõe sobre uso de nome social por transexuais e travestis, 2009.

SERGIPE . Tribunal de Justiça do Sergipe, *Ac. 201216459*, Ap.Civ. 5751/2012, Rel. Ricardo Múcio Santana de Abreu Lima, j. unânime, 30 out. 2012.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. Transexual menor de idade e adequação do nome. *Revista jurídica Consulex*, , Brasília, n. 402, p. 22-24, 15 out. 2013.

Identidade de gênero: aproximações entre Brasil e Espanha

Berenice Bento

Introdução

Entre setembro de 2001 a agosto de 2002, realizei pesquisa para minha tese de doutorado em coletivos transexuais em Barcelona, Madri e Valência. Durante a realização da pesquisa, começou a tramitar no Senado Espanhol a “Lei de Identidade de Gênero”. Inicialmente, os coletivos interpretaram-na como um avanço, no entanto, a posição contrária do Coletivo de Transexuais da Catalunha (CTC) desencadeou um debate intenso.

Enquanto os outros coletivos realizavam abaixo-assinados para pressionar os senadores a votarem a favor da proposição, o CTC fazia vigília diante da prefeitura de Barcelona, com cartazes que diziam: “Abaixo a lei Antitranssexual”. A principal divergência dizia respeito ao inciso da proposição que definia que as mudanças dos documentos (nome próprio e sexo) só poderiam ser feitas após a realização da cirurgia de transgenitalização. Para muitas/os transexuais, a cirurgia não é prioritária e sim a mudança legal de sua identidade de gênero, além de afirmarem que o gênero não é determinado pela presença/ausência de uma determinada genitália. Por fim, em 15 de março de 2007 a lei foi aprovada pelo Parlamento Espanhol nos termos defendidos pelo CTC.

Essa lei tornou-se uma referência para o ativismo transexual de diversos países, inclusive para o brasileiro, que faz gestões políticas no Congresso Nacional para que seja aprovada uma

lei que garanta às/aos transexuais a mudança dos documentos sem a prévia realização da cirurgia.¹

A necessidade de desvincular os dois processos deve-se ao fato de que muitos/as transexuais consideram mais importante a alteração dos documentos e não a realização da cirurgia de transgenitalização. Ou seja, a genitália, nesses casos, não é um lugar saturado de significados para suas sexualidades ou existências. O pênis ou a vagina estão ali, fazem parte do seu corpo, mas não se constituem como um lócus de produção de conflitos. O reconhecimento social da identidade legal de gênero é a principal reivindicação.

A experiência transexual nos remete para um campo de reflexão rico e nos impõe questões complexas. Qual a relação entre gênero, sexualidade e corpo? O gênero seria os discursos formulados a partir de uma realidade corpórea, marcada pela diferença? O gênero seria a formulação cultural dessas diferenças? Existe sexo sem gênero?

O objetivo principal dessa investigação foi analisar os efeitos da legislação, depois de cinco anos de sua implantação, entre as/os transexuais, observando as concepções de gênero, sua relação com o corpo e sexualidade, entre transexuais ativistas.²

Dez anos depois

Cheguei à Espanha em setembro de 2001 para realizar pesquisa para minha tese de doutorado. Naquele momento, o movimento transexual vivia um forte momento de organização. Conforme apontou Manolo,³ *o movimento trans deu um golpe forte no movimento gay e lésbico. Muitas lésbicas se sentem mais à vontade no ativismo trans e também tem toda uma nova geração de ativistas trans.* (Entrevista, dez. 2011, Barcelona)

Em 2001-02, participei ativamente das discussões para a organização do Grupo de Identidade de Gênero e Transexualidade de Valência, que tinha como coordenador Joel Maldonado. Todas as semanas eram realizadas reuniões para discutir cartas de princípio, escolher o nome do grupo, organizar o Primeiro Encontro Misto (transexuais masculinos e femininos) da Espanha. Além dessas atividades, o coletivo, recém-fundado, recebia semanalmente novos participantes. Era um ambiente de intensa colaboração e trabalho, conforme narro no meu livro *A (re) invenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. (BENTO, 2006)

Os doze meses em que estive imersa na realidade do movimento trans espanhol produziram-me a certeza de que o ativismo transexual espanhol seria uma referência internacional na luta pelos direitos humanos. No meu retorno, em dezembro de 2011, procurei os “ativistas históricos”, aqueles que estavam comigo há dez anos. Quase todos tinham parado com o ativismo trans e se dedicavam a suas vidas pessoais e profissionais. Encontrei-me com novos ativistas, entre eles Manolo, que, ao encontrar-me, perguntou-me: *você não se lembra de mim?* Com um

1 Em 2013, o Parlamento Argentino aprovou uma lei de identidade de gênero que passou a ser considerada a mais avançada normatização da identidade de gênero do mundo, uma vez que não exige nenhum tipo de laudo médico ou psiquiátrico para alteração dos documentos das pessoas trans. Esta lei não será objeto de análise deste artigo.

2 A pesquisa foi realizada entre os meses de dezembro de 2011 a fevereiro de 2012 e contou com uma bolsa da Fundación Carolina.

3 Todos os nomes dos entrevistados foram modificados.

sorriso meio tímido, lhe respondi que, infelizmente, não. Ele tinha participado do 1º Encontro Misto de Transexuais Espanhóis, em Valência, e tinha me escutado fazer uma conferência no evento, em 2002. Manolo, um jovem homem transexual, hoje é uma das mais importantes lideranças do movimento transexual.

Em uma das entrevistas que realizei com Laura, ativista trans de Valência (dezembro de 2011, Valência/Espanha), ela reconheceu a importância dos ativistas que foram responsáveis pelo avanço dos direitos das pessoas transexuais. Segundo ela, quando viu seu nome feminino no novo documento, pensou que já era hora de retribuir a dedicação das pessoas que lutaram por ela. Sua participação continuará até a aprovação da lei de não discriminação por motivos de identidade de gênero na comunidade valenciana. Ao longo desses meses (dezembro/2011 e janeiro e fevereiro/2012) em que estive na Espanha, pude constatar a força coletiva na transformação da realidade de uma forma mais profunda. Em programas de televisão, os apresentadores utilizam o gênero identificado para chamar as entrevistadas e entrevistados transexuais.

Histórico e desdobramentos da aplicação da lei espanhola

Na página da ativista Carla Antonelli, em matéria dedicada a comemorar os cinco anos de aprovação da lei, se pode ler:

Homenagem para todas e todos os ativistas, coletivos, entidades e pessoas individuais que tornaram possível a lei que abriu as bases para a normativa mais progressista do mundo em matéria de direitos às pessoas transexuais no campo da modificação do registro civil. Não sendo necessária uma cirurgia de reassignação dos genitais – CRS –, requisito indispensável para quase todos os casos. A partir desse momento, se converteu em mero trâmite burocrático civil e não penal.⁴ (ANTONELLI, 2012)

O caso espanhol confirma a hipótese de que sem a politização dos movimentos sociais não ocorrerão mudanças e que o Estado só avançou a partir de muita pressão. Neste caso, politização tem um duplo sentido: autonomia diante do Estado e a despatologização das identidades trans. Em 2007, o governo central era dirigido pelo PSOE e setores do movimento (principalmente parte do ativismo de Madri) tinham vínculo partidário. Era desses setores que vinha a defesa mais enfática por uma lei nos termos iniciais em que foi apresentada: sem a desvinculação da cirurgia e das mudanças nos documentos. Argumentava-se que fazer política era lidar com o possível e que, em momento posterior, poder-se-ia propor uma lei mais avançada. Antes da aprovação, aconteceram momentos de acirramento e enfrentamento com o Estado, porém

4 Homenaje a todas y todos los activistas, colectivos, entidades y personas individuales que hicieron posible la Ley que abrió las bases a la normativa mas progresista del Mundo en materia de derechos a las personas transexuales en el campo de la modificación del registro civil. No siendo necesaria una cirugía de reasignación de genitales – CRS –, requisito indispensable en la practica totalidad de los casos. A partir de ese momento se convirtió en un mero tramite burocrático civil y no penal.

acabou prevalecendo a posição que defendia a desvinculação dos dois momentos: a cirurgia e a mudança nos documentos.

Momentos anteriores à aprovação da lei 03/2007

Em 27 de abril de 2006, depois de vários prazos legislativos terem se esgotado, sem a proposta de lei ser pautada para votação, ativistas transexuais anunciaram uma greve de fome. Entre outras ativistas, destaca-se Carla Antonelli (coordenadora da área transexual do PSOE), Kim Pérez, presidenta da Associação de Identidade de Gênero de Andalucía; Gina Serra, porta voz da Associação de Transexuais de Catalunha, e Andrea Mu niz, principal representante do grupo Transexualidade Euskadi. Tamb em se somaram o sacerdote homossexual Jos e Mantero e o ativista gay Jaume D' Urgell.

Em 4 de junho de 2006, o Cardeal e Arcebispo de Sevilha intercede pelas transexuais, que vão iniciar greve de fome, e afirma: o sexo de uma pessoa, "definido simplesmente por uma inspe o externa dos órgãos genitais", pode não coincidir com sua identidade.

Em 11 de maio de 2006, o ministro da Justiça, Juan Fernando López Aguilar, garantiu que, antes de 30 de junho, apresentar  a reforma da lei reguladora de Registro Civil para permitir às pessoas transexuais modificarem seu nome e seu sexo no registro, com o objetivo de adapt -los a sua verdadeira identidade de gênero.

Em 2 de junho de 2006, a Vice Presidenta do Governo, Maria Teresa Fernández de La Vega, anunciou que o Conselho de Ministros assinou e encaminhou ao Congresso a Lei de Identidade de G nero.

Em 3 de março de 2007, a lei de identidade de gênero   aprovada.

Descri o da Lei 3/2007 espanhola e aproxima es com o Brasil

A lei 3/2007, de 15 de março, regula a retifica o do registro civil em rela o   men o ao sexo e nome das pessoas. Em sua exposi o de motivos afirma:

A presente lei tem por objeto regular os requisitos necessários para ter acesso ao câmbio de registro relativo ao sexo de uma pessoa no Registro Civil, quando esse registro não corresponde com sua verdadeira identidade de gênero.

A transexualidade, considerada uma mudança de identidade do gênero, já tem sido amplamente estudada pela medicina e a psicologia. Trata-se de uma **realidade social que requer uma resposta do legislador, para que a assigna o inicial no registro do sexo e do nome próprio possam ser modificadas, com finalidade de garantir o livre desenvolvimento da personalidade e a dignidade das pessoas cuja identidade de gênero não corresponde ao sexo no qual foram inicialmente inscritas.**

De acordo com a regulação que se estabelece em esta lei, a retificação do sexo e o câmbio do nome no Registro Civil permitem constar como um fato certo a mudança já produzida da identidade do gênero, de forma que fiquem garantidas a segurança jurídica e as exigências do interesse geral. Por isso, tal câmbio de identidade haverá de ser acreditado devidamente, e a retificação no Registro poderá ser efetuada de acordo com a regulação das medidas governamentais do Registro Civil. Mediante esta lei, a Espanha se junta aqueles países de nosso conhecimento que se dotaram de uma legislação específica, procurando cobertura e segurança jurídica à necessidade da pessoa transexual, **adecuadamente diagnosticada**, de ver corrigida a inicial menção do seu sexo no Registro Civil, menção contraditória com sua identidade de gênero, assim como ostentar um nome que não seja discordante com sua identidade.⁵ (negritos nossos, tradução nossa)

Conforme se pode ler, o legislador adota o argumento da dignidade da pessoa. Em apenas uma passagem comenta a necessidade do diagnóstico. Esta estrutura argumentativa se aproxima da luta dos coletivos transexuais em pôr ênfase na dimensão dos Direitos Humanos e do reconhecimento da identidade de gênero, em contrapartida a argumentos que se fundamentam na patologização das identidades trans. Portanto, isso pode ser interpretado como uma aproximação do legislador com as demandas das pessoas transexuais (reconhecimento).

As leis que dispõem sobre direitos das pessoas trans mudam de acordo com a compreensão que o legislador tenha do que seja gênero. Quanto mais próximo de uma visão biologizante de gênero, maior serão as exigências para as cirurgias de transgenitalização e as mudanças nos documentos. Por esta visão, ou se nasce homem ou se nasce mulher e nada poderá alterar a predestinação escrita nos hormônios. Nestes casos, as legislações têm um caráter autorizativo. As pessoas trans precisarão de algum especialista para atestar a validade de suas demandas. Na legislação argentina, prevaleceu o princípio do reconhecimento da identidade de gênero, sem nenhuma referência à condição de doença ou transtorno.

O que se observa no Brasil é a total ausência de uma legislação que assegure os direitos fundamentais às pessoas trans. Atualmente, há dois projetos de lei que tramitam no Congresso

5 La presente Ley tiene por objeto regular los requisitos necesarios para acceder al cambio de la inscripción relativa al sexo de una persona en el Registro Civil, cuando dicha inscripción no se corresponde con su verdadera identidad de género. Contempla también el cambio del nombre propio para que no resulte discordante con el sexo reclamado. La transexualidad, considerada como un cambio de la identidad de género, ha sido ampliamente estudiada ya por la medicina y por la psicología. Se trata de una realidad social que requiere una respuesta del legislador, para que la inicial asignación registral del sexo y del nombre propio puedan ser modificadas, con la finalidad de garantizar el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad de las personas cuya identidad de género no se corresponde con el sexo con el que inicialmente fueron inscritas.

De acuerdo con la regulación que se establece en esta Ley, la rectificación registral del sexo y el cambio del nombre se dirigen a constatar como un hecho cierto el cambio ya producido de la identidad de género, de manera que queden garantizadas la seguridad jurídica y las exigencias del interés general. Para ello, dicho cambio de identidad habrá de acreditarse debidamente, y la rectificación registral se llevará a cabo de acuerdo con la regulación de los expedientes gubernativos del Registro Civil.

Mediante esta Ley España se suma a aquellos países de nuestro entorno que cuentan con una legislación específica que da cobertura y seguridad jurídica a la necesidad de la persona transexual, adecuadamente diagnosticada, de ver corregida la inicial asignación registral de su sexo, asignación contradictoria con su identidad de género, así como a ostentar un nombre que no resulte discordante con su identidad. (negritos meus)

Nacional, mas que são orientados pela perspectiva patologizante: o projeto de autoria do Deputado Luciano Zica e o da Senadora Marta Suplicy. Ambos dispõem sobre as mudanças do nome e do sexo nos documentos, sem condicioná-las à realização da cirurgia. No entanto, conforme se pode ler na justificativa do PLS 658 de 2011, da Senadora Marta Suplicy, todos os protocolos médicos e psiquiátricos são reconhecidos como legítimos. (SUPLICY, 2011)

Segundo a psiquiatria, o transexualismo é considerado uma doença que, tecnicamente, denomina-se transtorno de personalidade da identidade sexual, e que se conceitua, no âmbito dessa ciência médica, como 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.

Em outra abordagem, a ciência também trata dessa **disfunção como neurodiscordância de gênero**, constatada quando seres humanos com características inatas e somáticas próprias possuem estrutura sexual, mental e um sistema subcortical em discordância com a sua conformação genital original, o que lhes causa intensos transtornos psicológicos, como frustração, humilhação e dor, muitas vezes levando-as à depressão profunda.

Neste caso, a tese central que sustenta a defesa da importância do projeto está na condição de enfermo do/a transexual, embora, conforme discutirei adiante, esta tese está em pleno processo de problematização por ativistas e pesquisadores que negam qualquer cientificidade da patologização das identidades trans e mesmo qualquer fundamento de verificabilidade da hipótese da neurodiscordância de gênero. A inclusão no Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais (DSM) e no Código Internacional de Doenças (CID) da transexualidade não foi respaldada por teste de verificabilidade. (BENTO, 2008) Não há nenhum exame clínico objetivo que possibilite ao saber médico e às ciências psi (refiro-me à psicologia, psiquiatria e psicanálise) afirmarem que os sujeitos que vivem as experiências de gênero em desacordo com o estabelecido hegemonicamente sejam portadores de transtornos mentais.

Em relação à emissão do laudo, o projeto da Senadora estabelece que:

II – essa discordância deve ser atestada por laudo técnico fornecido **por profissional de qualquer das áreas médica, da psicologia ou da psiquiatria**, nos termos dos procedimentos estabelecidos na presente lei.

No entanto, no parágrafo 3º, define:

§ 3º A petição inicial deverá ser acompanhada de **laudos médico e psicológico** atestando a **desconformidade sexual** do requerente, sem prejuízo dos demais meios de prova, tais como **depoimentos de testemunhas** que conheçam sua vida cotidiana e de profissionais que o

tenham atendido em seus aspectos social, mental ou físico. (negritos meus)

Portanto, há uma contradição: em um momento define que o laudo poderá ser emitido por qualquer profissional das áreas médica, da psicologia ou da psiquiatria, para, logo depois, defini-lo como atribuição dos médicos e psicólogos. Outra confusão refere-se ao marco conceitual. A transexualidade refere-se à sexualidade (desconforto sexual) ou a questões vinculadas ao gênero? Contudo, não há nenhuma exigência de tempo de terapia (geralmente, dois anos), da prova de vida real (a pessoa transexual usar roupas e acessórios compatíveis com o gênero com o qual se identifica) e que esteja realizando a terapia hormonal. Esta tríade está presente na legislação espanhola e segue o cânone estabelecido pela Associação de Psiquiatria Norte-Americana (APA), pelo CID e o Standard of Care (SOC), da World Professional Association for Transgender Health.

No entanto, o mérito do projeto que deveria garantir às pessoas trans o direito à mudança nos documentos evapora-se quando retorna para o juiz, como acontece hoje, o dever/direito de interpretar laudos, escutar testemunhas antes de proferir sua sentença. O que esta lei mudaria na vida das pessoas trans? Nada. Da mesma forma como ocorre atualmente, no caso de a pessoa entrar com um processo judicial, será um juiz que dará um parecer final sobre sua demanda. Segundo o PLS 658/2011: “Art. 5º - A decisão judicial que determinar a adequação do nome e sexo terá efeitos constitutivos a partir do seu trânsito em julgado”.

Esta propositura caminha de marcha ré, se comparada com a lei espanhola, que estabelece a mudança como um ato administrativo. A pessoa transexual pode ir a qualquer cartório de registro civil e fazer a solicitação de mudanças nos documentos.

A lei espanhola avança em dois pontos: 1) ênfase no reconhecimento do direito do sujeito em mudar legalmente sua identidade de gênero; 2) desvincula a cirurgia de transgenitalização do processo de mudança de nome e sexo nos documentos. Conforme se lê no artigo 1:

Artigo 1 : *Legitimação.*

1. Toda pessoa de nacionalidade espanhola, maior de idade e com capacidade suficiente, poderá solicitar a retificação da menção do sexo no Registro Civil. A retificação do sexo efetivará o câmbio do nome próprio da pessoa, com efeito de não resultar discordante com seu sexo registrado.
2. Assim mesmo, a pessoa interessada poderá incluir na solicitação a petição de corte integral do fólio registrado.⁶

No artigo 4, no entanto, há pontos de tensões, uma vez que este exige o diagnóstico de transtorno de gênero emitido por um médico para que se possa mudar os documentos.

⁶ Artículo 1. Legitimación.

1. Toda persona de nacionalidad española, mayor de edad y con capacidad suficiente para ello, podrá solicitar la rectificación de la mención registral del sexo. La rectificación del sexo conllevará el cambio del nombre propio de la persona, a efectos de que no resulte discordante con su sexo registral.
2. Asimismo, la persona interesada podrá incluir en la solicitud la petición del traslado total del folio registral.

Artigo 4. Requisitos para outorgar a retificação.

1. A retificação no Registro da menção do sexo será outorgada uma vez que a pessoa solicitante acredite:

a) que tenha sido diagnosticada como disfórica de gênero.

A prova do cumprimento deste requisito se realizará mediante parecer de médico ou psicólogo clínico, formados na Espanha ou cujos títulos tenham sido reconhecidos ou homologados na Espanha, e que deverá mencionar:

2. A existência de dissonância entre o sexo morfológico ou gênero fisiológico inicialmente inscrito com a identidade de gênero sentida pelo solicitante ou sexo psicossocial, assim como a estabilidade e persistência desta dissonância.

3. A ausência de transtornos de personalidade que pudessem influir, de forma determinante, na existência da dissonância mencionada no ponto anterior.

b) que haja sido tratada medicamente durante pelo menos dois anos para acomodar suas características físicas às correspondidas do sexo reclamado.

4. Não será necessário, para a concessão da retificação, no registro, da menção do sexo de uma pessoa, que o tratamento médico haja incluído cirurgia de reassignação sexual. Os tratamentos médicos que têm relação com a letra b) do apartado anterior não serão um requisito necessário para a concessão da retificação do registro quando coincidirem razões de saúde ou idade que impossibilitem seu seguimento e seja confirmada a certificação médica de tal circunstância.⁷

José, ativista trans e advogado espanhol, analisa a lei nos seguintes termos:

Os requisitos que nos custaram sangue negociar – estão no artigo 4, e se você prestar atenção, no primeiro destes, o marcado com a letra a), o que se fala é de parecer de médico ou psicólogo clínico, não de psiquiatra (o que o Governo nos queria impor, só psiquiatra). Na prática, isto se resolve com a consulta de um psicólogo especializado em transexualidade – não precisa que seja necessariamente psicólogo clínico – e com este parecer clínico em mão, seu médico de confiança poderá redigir e firmá-lo sobre papel carimbado para o Registro Civil. Ou seja, não

⁷ Artículo 4. Requisitos para acordar la rectificación.

1. La rectificación registral de la mención del sexo se acordará una vez que la persona solicitante acredite:

a) Que le ha sido diagnosticada disforia de género.

La acreditación del cumplimiento de este requisito se realizará mediante informe de médico o psicólogo clínico, colegiados en España o cuyos títulos hayan sido reconocidos u homologados en España, y que deberá hacer referencia:

2. A la existencia de disonancia entre el sexo morfológico o género fisiológico inicialmente inscrito y la identidad de género sentida por el solicitante o sexo psicossocial, así como la estabilidad y persistencia de esta disonancia.

3. A la ausencia de trastornos de personalidad que pudieran influir, de forma determinante, en la existencia de la disonancia reseñada en el punto anterior.

b) Que ha sido tratada médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado. La acreditación del cumplimiento de este requisito se efectuará mediante informe del médico colegiado bajo cuya dirección se haya realizado el tratamiento o, en su defecto, mediante informe de un médico forense especializado.

4. No será necesario para la concesión de la rectificación registral de la mención del sexo de una persona que el tratamiento médico haya incluido cirugía de reasignación sexual. Los tratamientos médicos a los que se refiere la letra b) del apartado anterior no serán un requisito necesario para la concesión de la rectificación registral cuando concurren razones de salud o edad que imposibiliten su seguimiento y se aporte certificación médica de tal circunstancia.

*precisa ser atendido por um médico psiquiatra para isto.*⁸ (Entrevista, jan. 2012, Barcelona, tradução nossa)

Embora se retire o protagonismo dos psiquiatras em emitir os pareceres que irão permitir as pessoas trans mudarem os documentos, o núcleo central das exigências para produção desse diagnóstico continua: um especialista deverá atestar que a pessoa é, de fato, um/a transexual de verdade, a partir de um acompanhamento de dois anos. Portanto, a autonomia do sujeito em eleger é totalmente negada.

Também é consenso entre os/as ativistas trans a limitação dessa lei, que não pode ser considerada como uma “Lei de Identidade de Gênero”, uma vez que se limita a legislar sobre uma dimensão importante das vidas das pessoas trans, mas que não menciona nada sobre as condições de vida, daí a necessidade de se articular uma lei integral de não discriminação por motivos de identidade de gênero e de reconhecimento dos direitos das pessoas transexuais.

Segundo José:

*[...] A Lei 3/2007, de 15 de março, não é na realidade uma Lei de Identidade de Gênero. Seu nome verdadeiro é “**Lei 3/2007, de 15 de março, reguladora da retificação no Registro da menção relativa ao sexo das pessoas**”, e nessa só se estabelece que nos supostos de transexualidade, a modificação das menções de sexo (sexo do registro) e nome na certidão de nascimento se realize mediante expediente governamental do Registro Civil, com intervenção do Ministério da Justiça e resolução judicial.*⁹ (Entrevista, fev. 2012, Barcelona, tradução nossa)

A Espanha é um Estado composto por comunidades autônomas. Há matérias que devem ser reguladas por Lei Estatal – como é o caso do Registro Civil – e outras que são reguladas por cada região ou comunidade autônoma, como é o caso da educação, trabalho ou assistência médica. Desta forma, há iniciativas de coletivos que estão propondo uma lei que garanta o cuidado integral às pessoas transexuais. Os pontos fundamentais dessas propostas são:

Saúde: Inclusão do tratamento sanitário integral da pessoa transexual. Criação de unidades de referência ao nível regional.

Trabalho: Elaboração de políticas e medidas ativas adequadas para favorecer a contratação e emprego estável e qualidade de vida para as pessoas trans.

Educação: Inclusão nos currículos e recursos educativos da diversidade de identidades de gênero.

8 Los requisitos - que nos costó sangre negociar - están en el artículo 4, y si te fijas, en el primero de ellos, el marcado por la letra a), lo que se habla es de informe de médico o psicólogo clínico, no de psiquiatra (que es lo que desde el Gobierno se nos quería imponer, sólo psiquiatra). En la práctica, esto se resuelve con que la persona vaya a un psicólogo especializado en transexualidad - que no necesariamente tiene que ser psicólogo clínico - y con ese informe en la mano, su médico de cabecera le redacte y le firme uno en papel timbrado para el Registro Civil. Es decir, no hace falta ir a un médico psiquiatra para eso. (Entrevista, jan. 2012, Barcelona)

9 [...] La Ley 3/2007, de 15 de marzo, no es en realidad una Ley de Identidad de Género. Su verdadero nombre es “**Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas**”, y en ella solamente se establece que en los supuestos de transexualidad, la modificación de las menciones de sexo (sexo registral) y nombre en la inscripción de nacimiento, se realice a través de expediente gubernativo del Registro Civil, con intervención del Ministerio Fiscal y resolución judicial. (Entrevista, fev. 2012, Barcelona)

Luta contra a transfobia: Campanhas de sensibilização ao público em geral e a funcionários em particular.

Este conjunto de medidas contemplaria as pessoas transexuais residentes na comunidade autónoma, tenham ou não a nacionalidade espanhola. A Lei de 2007 é apenas aplicável às pessoas que estejam inscritas no Registro Civil espanhol ou que já tenha a nacionalidade espanhola.

Segundo José,

Uma batalha que permaneceu aberta é a proposta que fizemos sobre uma mudança nas normas que rejam a entrega das autorizações de residência das pessoas transexuais não espanholas, para que fiquem semelhantes com o modelo da lei, mas não deram atenção.¹⁰ (Entrevista, fev. 2012, Barcelona, tradução nossa)

A primeira Lei Integral aprovada foi em Navarra e entrou em vigor em fevereiro de 2010, apenas dois meses antes das eleições. (NAVARRA, 2009) Entre as eleições e a crise, a execução da lei acontece lentamente. A proposta elaborada pelo Grupo de Identidade de Gênero e Transexualidade (GIGT) de Valência, conforme anexo, segue em linhas gerais a lei aprovada em Navarra. Ao longo dos meses em que estive na Espanha, acompanhei o debate interno ao GIGT acerca do planejamento de eventos públicos para visibilizar a luta e pressionar as autoridades da Comunidade. As jornadas de luta começaram em janeiro de 2012 e seguem uma programação que inclui vigília em frente à prefeitura, manifestações e reuniões com autoridades.

A lei espanhola e a campanha pela despatologização

Se para alguns ativistas e coletivos foi um avanço histórico a aprovação da lei, para outros a lei é plena de limitações. Não há dados oficiais sobre a quantidade de pessoas que fizeram a cirurgia antes da lei e das que mudaram os documentos sem a realização da cirurgia. Conforme Manolo, logo após a aprovação da lei, já se sabia que se tinha que começar a travar uma nova luta: pelo fim do diagnóstico.

Segundo Manolo, a lei ainda não é totalmente aplicada. Ainda há casos de pessoas que vão aos cartórios fazer as mudanças e não conseguem. Há casos também em que são médicos forenses que fazem os exames, *“aqueles que tiram todas as nossas roupas e fazem os exames detalhados do corpo e ainda é necessário dois pareceres: de transtorno de identidade de gênero e um parecer médico”*.

O pedido de mudança nos documentos é simples. Eu tenho todos os laudos médicos que atestam “minha disforia de gênero”, mas eu não vou mudar meu nome simplesmente porque eu discordo que tenha que ser outra pessoa que tenha o poder de dizer o que eu sou. Por uma posição política e ética. Eu tenho muitos amigos trans que não fizeram as mudanças nos documentos, mas devo alertar que meu entorno é formado de pessoas muito ativista. (Entrevista, jan. 2012, Barcelona)

¹⁰ Una batalla ainda es que nosotros propusimos un cambio de los reglamentos que regulan la expedición de los permisos de residencia de las personas transexuales no españolas, para que siguieran el modelo de la Ley, pero no nos hicieron caso. (Entrevista, fev. 2012, Barcelona)

A lei foi aprovada em 2007. Neste mesmo ano, começou o debate interno no ativismo trans sobre o caráter patologizante da Lei. Havia pessoas que estavam satisfeitas com a lei e outras que não. Em outubro de 2007 aconteceu a primeira manifestação contra a patologização das identidades trans.

A partir do acúmulo de forças construído ao longo da luta pela aprovação da lei, o movimento transexual espanhol passou a ser reconhecido internacionalmente pela politização de suas discussões. Foi na Espanha que começou a luta mundial pela despatologização das identidades trans, que passou a ser conhecida como Campaña Internacional Stop Trans Pathologization. (2012) Segundo Amets, um dos líderes da campanha:

Em seu início, STP 2012 – a Campanha Internacional Stop Trans Patologização surge da convocatória de redes ativistas trans oriundas, em maioria, do contexto espanhol, conseguindo uma divulgação internacional e participação de grupos ativistas em diferentes partes do mundo. Desde o ano 2007, acontecem cada mês de outubro mobilizações pela despatologização trans. Enquanto, em 2007 e 2008, celebraram-se manifestações coordenadas em diferentes cidades européias, a partir de 2009 realizam-se convocatórias anuais de caráter internacional, sob o nome STP 2012 – Campanha Internacional Stop Trans Patologização. Em outubro 2009, grupos ativistas de 41 cidades de diferentes regiões do mundo participaram do Dia Internacional de Ação pela Despatologização Trans. Em outubro de 2010, o número de cidades nas quais se realizaram ações pela despatologização trans atingiu a cifra de 61 e em outubro de 2011, 70. Ademais, em fevereiro de 2012, mais de 300 grupos, redes e organizações de África, América Latina, Ásia, Europa, Norte América e Oceania declararam sua adesão à Campanha Internacional STP 2012.¹¹ (AMETS apud BENTO, 2012, tradução nossa)

As principais reivindicações da Campanha são a retirada das categorias relacionadas com os processos de transição no gênero, dos manuais diagnósticos DSM-V e CID-11, assim como a garantia dos direitos sanitários das pessoas trans. O que a pesquisa revelou foi uma relação direta entre as mobilizações em torno da aprovação da Lei de Identidade de Gênero e as mobilizações que estão em curso pela despatologização.

A importância da lei também é reconhecida por Beatriz Espejo, ativista na luta por uma lei que garantisse os direitos das pessoas transexuais na Espanha. Segundo ela:

¹¹ En su inicio, STP 2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization, surge de la convocatoria de redes activistas trans procedentes, en su mayoría, del contexto español, logrando una difusión internacional y participación de grupos activistas en diferentes partes del mundo. Desde el año 2007, se convocan cada mes de octubre movilizaciones por la despatologización trans. Mientras en 2007 y 2008 se celebraron demostraciones coordinadas en diferentes ciudades europeas, a partir de 2009 se realizan convocatorias anuales de carácter internacional, bajo el nombre STP 2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization. En Octubre de 2009, grupos activistas de 41 ciudades de diferentes regiones del mundo participaron en el Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans. En Octubre de 2010, el número de ciudades en las que se realizaron acciones por la despatologización trans ascendió a 61 y en Octubre de 2011, a 70. Además, a fecha de febrero de 2012, más de 300 grupos, redes y organizaciones de África, América Latina, Asia, Europa, Norteamérica y Oceanía han declarado su adhesión a la Campaña Internacional STP 2012. (AMETS apud BENTO, 2012)

[...] Essa lei atravessou não poucas dificuldades até que fosse aprovada, devido ao ardor dos políticos no intento de que as trans amputassem os genitais com cirurgias, assim fomentando a bipolaridade (eles não gostam de ambiguidades). É preciso reconhecer que esta lei rompe com o conceito de trans vinculado à genitália, o que supõe um avanço indiscutível a respeito da práxis e da mentalidade social.¹² (ESPEJO, 2011, 185, tradução nossa)

No entanto, ela também reconhece suas limitações:

Não obstante [...] essa lei tem carências, uma delas é legitimar os câmbios com um diagnóstico clínico. Com esta premissa, a identidade transexual permanece subordinada às corporações médicas e seus critérios. E a classe política, mais uma vez, cede terreno às empresas e às corporações que, como sempre, instrumentalizam tudo que possa ser instrumentalizado.¹³ (ESPEJO, 2011, p. 182, tradução nossa)

A lei foi aprovada em março de 2007 e meses depois já estava em curso a mobilização, a campanha pela despatologização da transexualidade.¹⁴ Segundo Espejo,

A classe médica sustenta teses similares às de outras épocas sobre a identidade trans. Um transtorno, embora não definido obviamente. Existem tendências diferenciadas, portanto prevalece uma objetividade de quem nunca demonstrou possuir tal coisa. Se antes nos tratavam como degenerados, queimando o cérebro da gente, agora nos tratam como coitadinhos doentes, os que operam as genitálias, ou tudo que nos querem vender para nossa própria felicidade.[...] Sorte temos muitas trans de termos vivido nossas vidas livremente, passando por cima de tanta idiotice e preconceito sexista. A merda, por mais que se ponha a bandeira de esquerda ou de direita, não deixa de ser merda.¹⁵ (ESPEJO, 2011, p. 182-183, tradução nossa)

12 [...] Esa ley atravesó no pocas dificultades hasta que fue aprobada, debido al afán de los políticos de intentar que las trans nos amputáramos los genitales con cirugías y así fomentar la bipolaridad (las ambigüedades no les gustan). Es necesario reconocer que esa ley rompe con el concepto de trans vinculado a la genitalidad, lo cual supone un avance indiscutible respecto a la praxis y la mentalidad social al respecto.

13 No obstante [...] esa ley tiene carencias, y una de ellas es legitimar los cambios con un diagnóstico clínico. Con esta premissa, la identidad transexual sigue estando subordinada a las corporaciones médicas y sus criterios. Y la clase política, una vez más, cede terreno a las empresas y las corporaciones, que, como siempre, instrumentalizan todo lo instrumentalizable. (ESPEJO, 2011, p. 182)

14 Para uma discussão sobre a Campanha STP 2012, ver: Bento e Pelúcio (2012), Missé e Coll-Planas (2011).

15 La clase médica sostiene tesis parecidas a las de otras épocas sobre la identidad trans. Un trastorno, aunque no definido objetivamente. Existen distintas tendencias, por tanto, prevalece una objetividad de quienes nunca han demostrado poseer tal cosa. Si antes nos trataban como degenerados a los que chamuscar el cerebro ahora nos tratan como pobrecitas enfermos a los que operar los genitales, o todo lo que nos quieren vender para nuestra propia felicidad.

[...] Suerte tenemos muchas trans de haber vivido como nos ha salido de las santas narices, pasándonos por el forro tanta tontería y prejuicio sexista. La mierda, por más que se ponga la bandera de izquierda o de derecha, no deja de ser mierda. (ESPEJO, 2011, p. 182-183)

O CID publicará sua nova versão em 2014. Foram várias rodadas de negociação com ativistas trans em torno de como garantir a presença dos cuidados específicos à saúde das pessoas, sem a patologização/psiquiatrização das identidades de gênero. O DSM publicou, em dezembro de 2012, sua nova versão. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2012) Ainda é necessária uma análise cuidadosa do novo texto, mas a mudança de “transtorno de identidade de gênero” para “disforia de gênero” mantém o caráter de diagnóstico do gênero, ou seja, ainda há o pressuposto de que há identidades de gênero normais e outras anormais que merecem os cuidados psiquiátricos.

Uma solução à brasileira: nome social

No Brasil, não há nenhuma lei federal que garanta às pessoas trans o direito a mudar de nome e de sexo nos documentos. O Brasil é o único país do mundo onde, no vácuo de uma legislação geral, instituições garantem um direito negado globalmente. Aqui, transmutamos o respeito à identidade de gênero em “nome social”. Universidades, escolas, ministérios e outras esferas do mundo público aprovam regulamentos que garantem às pessoas trans a utilização do “nome social”;¹⁶ mudar sem alterar substancialmente a vida da população mais excluída da cidadania nacional. Assim, por exemplo, uma estudante transexual terá seu nome feminino na chamada escolar, mas, no mercado de trabalho e em todas as outras dimensões da vida, terá que continuar se submetendo a todas as situações vexatórias e humilhantes e portar documentos em completa dissonância com suas performances de gênero. Mas há um paradoxo ou dilema que estas normatizações expõem e que merecem ser mais cuidadosamente analisadas. Vejamos o exemplo da Resolução nº 232/2012, que aprova a utilização do nome social na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e que segue os passos de outras normatizações.

Art. 1º Assegurar ao aluno ou à aluna da UFRN, cujo nome oficial não reflita adequadamente sua identidade de gênero, a possibilidade de uso e de inclusão nos registros acadêmicos do seu nome social, nos termos desta Resolução.

Vejamos a definição de nome social:

§ 1º Nome social é o modo como a pessoa é reconhecida, identificada e denominada na sua comunidade e no meio social, uma vez que o nome oficial não reflete sua identidade de gênero ou possa implicar em constrangimento.

Para o/a estudante usar o nome social e, portanto, ter sua identidade de gênero reconhecida não há nenhuma exigência (laudo psiquiátrico, teste de vida real, terapia psicológica ou hormonal). O/a estudante dirige-se ao setor responsável, preenche um formulário e nenhum

¹⁶ Para um acompanhamento dos Decretos, Portarias e Resoluções que dispõem sobre a utilização do nome social, ver: <<http://www.nucleotiesias.ufrn.br/documentos.php>>.

outro tipo de burocracia lhe é exigido. Os/as servidores/as e os/as docentes também podem solicitar as mudanças.

A Resolução também garante ao/à estudante “o direito de sempre ser chamado oralmente pelo nome social, sem menção ao nome civil, inclusive na frequência de classe e em solenidades como colação de grau, defesa de tese, dissertação ou monografia, entrega de certificados, declarações e eventos congêneres”.

Estamos diante de uma normatização que se refere ao nível capilar das relações sociais. Sua necessidade foi orientada por uma sensibilidade muito singular: garantir que as normas gerais ganhem vida onde a vida de fato acontece: nas microinterações cotidianas. Esta resolução respaldou-se, principalmente, na Constituição Federal de 1988, que dispõe que todos são iguais perante a lei, sem distinção ou discriminação de qualquer natureza e garante a educação como direito de todos, em igualdade de condições de acesso e permanência (BRASIL, 1988); na Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (LDB), que estabelece que o ensino será ministrado com respeito à liberdade e apreço à tolerância. (BRASIL, 1996)

Por um lado, há um corpo de normatizações que regula a vida, no âmbito das relações de gênero, em múltiplas instituições: escolas, universidades, repartições públicas, bancos. Do outro lado, leis que garantem e asseguram a existência da diversidade humanidade. Certamente, não é novidade os limites do aparato legal e jurídico no Brasil. Sabemos também que aqui, diz o ditado popular, há leis que “não pegam” e que, portanto, estamos longe de nos aproximarmos da formulação de Durkheim (2008) de que as leis são a materialização das consciências coletivas. Entre a lei e as práticas cotidianas há um considerável espaço de contradições e violências. No entanto, o que estes dois corpos legais nos oferecem é a possibilidade de pensarmos no profundo paradoxo que está sendo gestado no Brasil em relação ao reconhecimento pleno do direito à identidade de gênero sem nenhum tipo de interferência médica.

Para o/a estudante ter direito à sua identidade de gênero, ele/ela não precisa apresentar nenhum papel que assegure uma suposta condição de “transtorno mental” ou “disforia” ou “neurodiscordância” ou “transexualismo”. A mesma estudante que consegue o pleno reconhecimento de sua identidade de gênero no âmbito da universidade deverá ter um laudo psiquiátrico que lhe possibilitará a realização da hormonioterapia. Este mesmo laudo será utilizado para a justiça autorizar a mudança nos seus documentos. Portanto, temos duas concepções de gênero que atravessam sua vida. De um lado, o reconhecimento; do outro, a autorização. Estamos falando da mesma pessoa que circula pelas instituições sociais. O mesmo Estado que lhe reconhece o direito à identidade de gênero, uma vez que as universidades são instituições públicas, na outra ponta lhe nega este direito, ou o precariza quando vincula as mudanças nos documentos a um parecer psiquiátrico.

Este corpo legal nos coloca diante de uma configuração discursiva que nos permite pensar a farsa do “diagnóstico” e da patologização de uma experiência humana tão diversa e plural como os gêneros. Se na universidade eu tenho o pleno direito a ser nomeada como eu me identifico, em outras instituições esse direito é condicionado à fala de um terceiro (um psiquiatra), que deverá atestar meu transtorno de identidade de gênero. É neste quadro confuso e quase surreal que nos movemos, quando discutimos o direito à identidade de gênero no Brasil. Como é possível um médico ou um juiz exigir um laudo médico, quando na escola, no trabalho (em

algumas repartições públicas), em alguns bancos, em universidades está garantido o direito à autodeterminação de gênero? Afinal, que sociedade é essa que garante uma cidadania pela metade? Reconheço a importância dos nomes sociais para as pessoas, quando lhes assegura, em alguns espaços, uma existência sem constrangimentos; mas é assustador a quantidade de micronormatizações no Brasil e a ausência de uma lei que resolva definitivamente a vida precária das pessoas trans.

Conclusões

Quando eu comecei a fazer a pesquisa na Espanha, queria entender como estava a implementação da Lei de 03/2007 e qual a avaliação dos ativistas trans sobre ela. Desconfiava, no entanto, que havia níveis internos de conexão entre a luta pela aprovação da lei e a atual campanha pela despatologização das identidades trans. O que encontrei foram novos ativistas que fazem um discurso radicalizado pela desnaturalização das identidades de gênero e que se fundamentam teoricamente nos estudos *queer*. Ao lado desse ativismo, reencontrei líderes que estavam à frente das mobilizações de 2007 e que seguem, com maior ou menor engajamento, na organização das mobilizações nacionais e internacionais da STP 2012. Se foi o acúmulo de 2007 que propiciou a problematização dos cânones médicos e das ciências psi, no que refere ao debate sobre as identidades trans, agora, no âmbito da STP 2012, se observa uma forte discussão sobre os limites da lei e a necessidade de sua reformulação, principalmente porque a Espanha, após a aprovação da Lei de Identidade de Gênero Argentina, perdeu seu lugar de vanguarda. Todo este cenário parece nos alertar para os caminhos múltiplos, apenas parcialmente controláveis da vida política que nós mesmos estamos envolvidos. O que virá após a Campanha STP 2012?

Outra dimensão que merece destaque é a autonomia dos movimentos trans em relação ao Estado. Não encontrei nenhum ativista que esteja na estrutura do Estado, que precise de diárias, salários ou outro tipo de suporte do Estado para viver. Manolo, um jovem de 25 anos, por exemplo, tem três empregos e nossos encontros sempre foram na hora do almoço e nas saídas dos metrô. Este não é um caso isolado. Não há nenhuma instituição que financie o ativismo. Talvez se possa derivar daí uma hipótese para futuras pesquisas, qual seja: quanto maior a autonomia dos ativistas e das entidades em relação aos interesses do Estado, maior capacidade potencial para realizar o combate político.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5*. 2012. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>>. Acesso em: abr. 2013.

ANTONELLI, Carla. Disponível em: <http://www.carlaantonelli.com/primer_pagina.htm>. Acesso em: 29 mar. 2012.

- BENTO, Berenice. *A (re)invenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond/Clam, 2006.
- BENTO, Berenice. *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 2008 (Coleção Primeiros Passos).
- BENTO, Berenice. Entrevista Amets Suess, Dossiê: Vivências Trans: Desafios, Dissidências e Conformações, *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, EDUSC, v. 20, n. 2, p. 485-488, maio/ago. 2012.
- BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do Gênero: a Politização das Identidades Abjetas, Dossiê: Vivências Trans: Desafios, Dissidências e Conformações, *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, EDUSC, v. 20, n. 2, p. 485-488, maio/ago. 2012.
- BRASIL, Congresso Nacional. *Constituição Federal do Brasil*. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: abr. 2013.
- BRASIL. *Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996*. Lei de Diretrizes e bases da Educação Nacional. 1996. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn2.pdf>. Acesso em: abr. 2013.
- Diário Digital Transexual. Disponível em: <http://www.carlaantonelli.com/primer_a_pagina.htm>. Acesso em: 29 mar. 2012.
- DURKHEIM, Émile. *Da divisão Social do Trabalho*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2008.
- ESPEJO, Beatriz. *Manifiesto Puta*. Madrid: Bellaterra, 2011.
- ESPANHA. *Lei 3/2007*. Lei de Identidad de Género. Disponível em: <<http://www.transexualia.org/modules.php?name=Content>>. Acesso em: abr. 2013.
- MISSÉ, Miguel; COLL-PLANAS, Gerald. *El género desordenado: criticas em torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona-Madrid: Egales, 2011.
- NAVARRA. *Lei Integral para Personas Transexuales*, 17 nov. 2009. Disponível em: <<http://www.cogam.org/documentos>>. Acesso em: abr. 2013.
- STOP patologización trans. Disponível em: <<http://stp2012.wordpress.com/>>. Acesso em: abr. 2013.
- SUPLICY, Marta. *PLS 658/2011*. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=103053>. Acesso em: abr. 2013.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. *Resolução Nº 232/2012 - CONSEPE, 04 de dezembro de 2012*.

O “armário trans”: entre regimes de visibilidade e lutas por reconhecimento

Mario Carvalho

Este texto é resultado parcial da pesquisa que venho realizando no âmbito do Doutorado em Saúde Coletiva no IMS-UERJ, intitulada “Muito prazer, eu existo: visibilidade e reconhecimento no ativismo de travestis e transexuais”. Acompanhando o movimento de travestis e transexuais desde 2009, minha preocupação inicial foi com a dinâmica interna do movimento, o que resultou na minha dissertação de mestrado.¹ Naquela pesquisa, questões relacionadas com a construção de identidades coletivas, a politização da diferença e a produção de demandas políticas estiveram no centro da minha atenção. Apenas recentemente pude analisar em perspectiva que, desde minha entrada no campo, há uma palavra-chave, utilizada repetidas vezes, como principal ferramenta na luta política de travestis e transexuais: “visibilidade”.² Nesse sentido, foi possível uma melhor construção do meu objeto de pesquisa. Saindo da dinâmica interna, passo então às dinâmicas da luta política para fora do movimento. Mais do que pensar nas interlocuções desenvolvidas por ativistas, minha questão passa pelos sentidos dessa “visibilidade” nas possibilidades de transformação do imaginário sobre travestis e transexuais. Em outras palavras, investigo os usos da “visibilidade” pelo ativismo como ferramenta política na luta por reconhecimento social.

1 “Que mulher é essa? Identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais”; defendida em março de 2011, no Instituto de Medicina Social da UERJ. Parte do material empírico dessa pesquisa é retomada no presente texto.

2 O uso aspeado do termo se refere à categoria êmica.

No texto que segue, me proponho mais a levantar questionamentos, do que a tirar conclusões, no sentido da proposição teórica da existência de um armário trans enquanto dispositivo analítico que entrecruza relações de poder, gênero, corpo e tecnologia a partir das díades segredo/revelação e privado/público, mais claramente condensadas nas metáforas do “armário”.

“Muito prazer, eu existo!”, esse foi o slogan do XVI Encontro Nacional de Travestis e Transexuais (ENTLAIDS), realizado entre os dias 6 e 10 de dezembro de 2009, no Rio de Janeiro. Conforme consta em sua convocatória, “a pauta principal desta XVI edição são os projetos de lei que visam garantir a utilização do nome social nos documentos oficiais”.³ Condensado no próprio *slogan* do encontro, em seu principal ponto de pauta e na iconografia a ele vinculada (ver abaixo, Figura 1), o reconhecimento social⁴ vem se configurando como a reivindicação central do movimento brasileiro de travestis e transexuais. As observações realizadas até o momento levantaram vários outros elementos que apontam para a prioridade do tema e para os diferentes significados que assume para as lideranças do movimento.

Figura 1 - Logomarca do XVI ENTLAIDS



Fonte: acervo da pesquisa

3 Ver o site <<http://associacaodastravestisetranssexuaisrj.blogspot.com>>.

4 Nancy Fraser (2008) propõe dois entendimentos analíticos da “injustiça”: a injustiça socioeconômica e a injustiça cultural ou simbólica. Como solução para tais injustiças, a autora propõe uma distinção heurística entre redistribuição, em resposta à injustiça socioeconômica, e reconhecimento, em resposta à injustiça cultural ou simbólica. Nas palavras da autora: “The remedy for cultural injustice, in contrast, is some sort of cultural or symbolic change. This could involve upwardly revaluing disrespected identities and the cultural products of maligned groups. It could also involve recognizing and positively valorizing cultural diversity. More radically still, it could involve the wholesale transformation of societal patterns of representation, interpretation and communication in ways that would change everybody’s sense of self”. (FRASER, 2008, p. 17, grifo do autor)

De um ponto de vista mais geral, o não reconhecimento social de que são objeto travestis e transexuais diz respeito a tradicionais hierarquias de respeitabilidade, nas quais elas invariavelmente ocupam as posições menos valorizadas. É a esse não reconhecimento que se refere, por exemplo, Janaína Lima,⁵ ativista de São Paulo, ao afirmar ser “*natural*” o assassinato de travestis no Brasil, não causando qualquer comoção: “*Ninguém se impacta. [...] Porque é o não reconhecimento dessa pessoa como... pessoa. Travesti não é tida como uma pessoa, então quando ela morre não causa impacto.*” (Janaína Lima, entrevista, 4 jul. 2010, grifo nosso)

De um ponto de vista mais específico, o não reconhecimento social significa a não garantia de certos direitos. É a esse tipo de reconhecimento que se refere a ativista Fernanda Moraes,⁶ ao afirmar que a principal demanda do movimento seria

A busca mesmo da cidadania, pela cidadania plena, pelo reconhecimento dessa cidadania, de que a sociedade [...] e os demais órgãos públicos [...] nos vejam, de fato, como cidadãs. Como cidadãs que votam, que pagam impostos, como cidadãs que transitam e que querem ter o direito de transitar em qualquer lugar. (Fernanda Moraes, entrevista, 18 nov. 2010, grifo nosso)

Poder exigir serem tratadas a partir da identidade de gênero que se autoatribuem e, mais fundamentalmente, poder oficializar tal prerrogativa através da mudança de nome e de “sexo” nos documentos de identificação pessoal podem ser considerados espécies de “efeito-instrumento”, para utilizar um vocabulário foucaultiano nesse processo, uma vez que, além de serem em si mesmos um sinal desse reconhecimento, podem promovê-lo em inúmeras outras situações e contextos. Como afirma a ativista Tathiane Araujo,⁷ mudar os documentos: “*Trabalha com tudo numa travesti. É a questão dela se sentir gente. É igual a uma pessoa que não tem registro... que nasceu, e o pai não registrou. É parecido demais.*” (Tathiane Araujo, entrevista, 19 nov. 2010, grifo nosso)

Não possuir o estatuto de pessoa e conseqüentemente de cidadão é justamente o ponto central da falta de reconhecimento, tal como descrito por Axel Honneth (2009). Desse modo, a demanda pelo direito de alterar nome e “sexo” no registro civil comporia, em termos gerais, uma luta pelo reconhecimento da diferença dentro das possibilidades de cidadania plena outorgadas pelo Estado. Ou seja, a afirmação de tal direito implica o reconhecimento mesmo do fato de que pessoas transitam no espectro das identidades de gênero e, portanto, do próprio reconhecimento da existência de travestis e transexuais.

5 Janaína Lima foi a única liderança entrevistada na pesquisa de mestrado que não iniciou sua militância através de uma ONG exclusivamente de travestis e/ou transexuais. Janaína é membro do Grupo Identidade, de Campinas, no qual já foi “coordenadora de travestis e transexuais”, e também compôs o conselho fiscal da ANTRA (Articulação Nacional de Travestis e Transexuais).

6 Fernanda Moraes participava ativamente das reuniões do Fórum Paulista LGBT. Nos encontros nacionais do movimento, Fernanda compõe mesas e oficinas sobre transexualidade e demonstra grande conhecimento e domínio da literatura médico-psiquiátrica sobre o assunto. É também fundadora do Instituto Aphrodite (Grupo Organizado de Articulação para a Inclusão Social e Cidadania de Transexuais e Travestis), sediado na cidade de São Paulo.

7 Tathiane Araújo é atualmente uma das lideranças mais atuantes no movimento brasileiro de travestis e transexuais. Foi figura central na organização do XVII Encontro Nacional de Travestis e Transexuais, em Aracaju (2010), e foi a primeira travesti a ocupar cargo na Diretoria Executiva da ABGLT (Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais).

A demanda por facilitação dos processos de alteração de nome e sexo no registro civil é apenas uma das pontas, a jurídica, da luta por reconhecimento do ativismo de travestis e transexuais. Para uma maior compreensão teórica da utilização que faço do conceito de reconhecimento, apresento brevemente na sequência os três padrões de reconhecimento intersubjetivo (amor, direito e solidariedade) postulados por Honneth (2009)⁸ a partir de uma releitura da filosofia de Hegel e da psicologia social de George Herbert Mead.

Recorrendo à psicanálise, e principalmente às teorias de relação de objeto, Honneth (2009) descreve como primeira forma de reconhecimento intersubjetivo o “amor”. Desenvolvido nas primeiras relações com as figuras de referências (mãe, pai etc.), a função principal deste padrão de reconhecimento seria o processo de individuação e produção de autoconfiança. Embora o “amor” represente

[...] uma simbiose quebrada pela individuação recíproca [e] o que nele encontra reconhecimento junto ao respectivo outro é manifestadamente apenas uma independência individual; [...] só [tal] ligação [...] cria a medida de autoconfiança individual, que é a base indispensável para a participação autônoma na vida pública. (HONNETH, 2009, p. 178)

Por se tratar de um fenômeno altamente psicológico desenvolvido nas relações primárias e atravessado por questões inconscientes, tal padrão é de pouca importância para a pesquisa social, sendo mais central nos campos da psicologia clínica e da psicanálise.

As outras duas formas de reconhecimento (relações jurídicas e solidariedade) se destacam como mais relevantes para as minhas finalidades. A distinção entre as duas formas só se faz possível com as transformações pelas quais as relações jurídicas passam na modernidade. Antes disso, há uma forte vinculação entre “o reconhecimento como pessoa de direito” e o “*status* social”. Somente com o avanço dos ideais liberais é que é possível distinguir o sujeito de direito de sua estima social. “Nesse sentido,” afirma Honneth (2009, p. 188), “toda comunidade jurídica moderna, unicamente porque sua legitimidade se torna dependente da ideia de um acordo racional entre indivíduos em pé de igualdade, está fundada na assunção da imputabilidade moral de todos os seus membros”.

A partir de uma distinção dos direitos subjetivos em direitos liberais de liberdade, direitos políticos de participação e direitos sociais de bem-estar, Honneth (2009, p. 193) propõe que o reconhecimento jurídico não se encontra “só na capacidade abstrata de poder orientar-se por normas morais, mas também na propriedade concreta de merecer o nível de vida necessário

8 Ao longo da última década houve um intenso debate no campo da filosofia política sobre as possibilidades de diferenciação entre políticas de reconhecimento e políticas de redistribuição, a partir de proposições de Nancy Fraser (2008). Uma das principais vozes críticas à proposta teórica da filósofa norte-americana foi o alemão Axel Honneth (2009). Neste debate a questão é se as demandas sociais poderiam ser diferenciadas entre questões materiais de desigualdade na distribuição de renda (políticas de redistribuição) e questões culturais de reconhecimento das diferenças e paridade de participação social (políticas de reconhecimento). Para os fins desta pesquisa tal debate é de pouca valia e optei pela utilização da teoria do reconhecimento de Honneth por acreditar que a mesma é mais completa para as análises que me proponho a fazer sobre o ativismo de travestis e transexuais.

para isso”.⁹ Neste sentido, a autonomia do sujeito (resultante das relações de reconhecimento com base no “amor”) só pode se manifestar no plano político uma vez que este sujeito seja dotado de reconhecimento jurídico. Assim, o autor conclui que a “autonomia” estaria para as “relações de amor”, assim como o “autorrespeito” estaria para as “relações jurídicas”. Será, então, somente a partir de experiências de desrespeito que podemos observar empiricamente as proposições teóricas do autor. A falta de reconhecimento jurídico se caracteriza como uma das principais forças catalisadoras de diversas lutas sociais que, nesse sentido, podem ser caracterizadas como lutas por reconhecimento.

Assim, Honneth (2009, p. 258) afirma que:

[...] os motivos da resistência social e da rebelião se formam no quadro de experiências morais que procedem da infração de expectativas de reconhecimento profundamente arraigadas. Tais expectativas estão ligadas na psique às condições de formação da identidade pessoal, de modo que elas retêm os padrões sociais de reconhecimento sob os quais um sujeito pode se saber respeitado em seu entorno sociocultural como um ser ao mesmo tempo autônomo e individualizado; se essas expectativas normativas são desapontadas pela sociedade, isso desencadeia exatamente o tipo de experiência moral que se expressa no sentimento de desrespeito. Sentimentos de lesão dessa espécie só podem tornar-se a base motivacional de resistência coletiva quando o sujeito é capaz de articulá-los num quadro de interpretação intersubjetivo que os comprova como típicos de um grupo inteiro.

Apesar de ainda presente, o binômio violência policial/AIDS¹⁰ perdeu espaço entre as reivindicações do movimento frente à demanda pela facilitação da alteração de nome e sexo no registro civil. É com esta forma de reconhecimento que uma pessoa pode “*se sentir gente*”, como afirmou Tathiane Araújo. Esta situação está circunscrita a um processo de privação de direitos e, portanto, não daria conta de formas de desrespeito que afetam mais diretamente a “dignidade”, como a ofensa, a agressão física e o assassinato. Tais situações, por sua vez, estão no espectro da terceira forma de reconhecimento descrita por Honneth (2009): a “solidariedade”.

Segundo o autor, a “solidariedade” decorreria de uma “estima social” que permite aos sujeitos uma relação positiva com suas capacidades e propriedades concretas, estando, portanto, relacionada com as características particulares que diferenciam as pessoas. Neste sentido, o reconhecimento propriamente social necessita de uma mediação que universalize as possibili-

9 Neste ponto pode-se notar o principal desacordo de Honneth (2009) com a distinção entre políticas de reconhecimento e de redistribuição proposta por Fraser (2008), uma vez que o primeiro considera que as desigualdades socioeconômicas comprometeriam as capacidades do sujeito de direito, sendo, portanto, parte de uma mesma luta por reconhecimento.

10 Com base em relatos de diversas lideranças do movimento de travestis e transexuais, sabemos que as principais razões que motivaram a criação das primeiras organizações ativistas foram a resistência à violência policial em áreas de prostituição de travestis nas grandes cidades e uma resposta coordenada aos avanços da epidemia da AIDS no início dos anos 1990. Para um histórico mais detalhado do movimento de travestis e transexuais no Brasil, ver Carvalho e Carrara (2013).

dades de diferença. Tal mediação seria operada pelo que o autor chama de “autocompreensão cultural de uma sociedade”:

[...] um quadro de orientação simbolicamente articulado, mas sempre aberto e poroso, no qual se formulam os valores e os objetivos éticos de uma sociedade. [...] A autocompreensão cultural de uma sociedade predetermina os critérios pelos quais se orienta a estima social das pessoas. (HONNETH, 2009, p. 200)

Nesse ponto, gostaria de fazer algumas considerações sobre o lugar abjeto da travestilidade e da transexualidade enquanto transgressões da matriz heterossexual. Mary Douglas propõe:

Admitindo-se que a desordem estraga o padrão, ela também fornece os materiais do padrão. A ordem implica restrição; de todos os materiais possíveis, uma limitada seleção foi feita e de todas as possíveis relações foi usado um conjunto limitado. Assim, a desordem por implicação é ilimitada, nenhum padrão é realizado nela, mas é indefinido seu potencial para padronização. Daí por que, embora procuremos criar ordem, nós simplesmente não condenamos a desordem. Reconhecemos que ela é nociva para os modelos existentes, como também que tem potencialidade. Simboliza tanto perigo quanto poder. (DOUGLAS, 1976, p. 117)

Assim, imagens relacionadas a travestis e transexuais, ao mesmo tempo em que são nocivas aos padrões estabelecidos de homem e mulher, também são necessárias para a construção das fronteiras entre masculino e feminino. Douglas (1976), em outra passagem, colocará a dificuldade de reinserção social de ex-presidiários e ex-pacientes de serviços de saúde mental, que passa pela ausência de um ritual que recoloca o sujeito dentro das fronteiras aceitáveis pela sociedade (como realizado em diversas sociedades “primitivas”). É possível, então, pensar nos vários casos apresentados na compilação de Herdt (1996)¹¹ que, no olhar da sociedade ocidental, seriam uma clara poluição das fronteiras de gênero, mas que nos seus contextos específicos são ritualmente incluídos dentro de outros padrões de gênero e a estas pessoas é comumente atribuída uma posição de poder. Logo, a “diferença” expressa nos modos de vida de travestis e transexuais se caracteriza de forma hegemônica em nossa sociedade como uma poluição de gênero, à qual é comumente atribuída uma série de valores negativos. É evidente que a transformação da “diferença” em estigma, para usar um termo de Goffman (2008), não é imutável. Seja no “padrão” de Douglas ou na “autocompreensão cultural” de Honneth, as valorações culturais e sociais de certos atributos pessoais estão constantemente em disputa, havendo a possibilidade de ampliação das fronteiras do humano ou da comunidade de valores. É justamente sobre tais fronteiras que incide a luta por reconhecimento social.

¹¹ “Third Sex, Third Gender”, obra organizada por Herdt, reúne onze trabalhos, históricos e antropológicos, que questionam o lugar privilegiado do dimorfismo sexual a partir de estudos de sistemas alternativos de organização do “sexo” e do “gênero” em distintas culturas.

Sobre o processo de constituição do que estaria dentro ou fora dessas fronteiras, Honneth (2009, p. 207) afirma que: “o valor conferido a diversas formas de autorrealização, mas também a maneira como se definem as propriedades e capacidades correspondentes, se mede fundamentalmente pelas interpretações que predominam historicamente acerca das finalidades sociais”.

Ora, se ainda vivemos numa sociedade na qual as finalidades sociais¹² são imbuídas de fortes distinções de gênero, parece lógico afirmar que sejam atribuídos valores depreciativos às formas de autorrealização expressas nas experiências de travestis e transexuais.

Tais interpretações dependem da força que os diferentes grupos sociais têm para influenciar as imagens hegemônicas sobre suas formas de vida. Assim,

[...] nas sociedades modernas, as relações de estima social estão sujeitas a uma luta permanente na qual os diversos grupos procuram elevar, com os meios de força simbólica e em referência às finalidades gerais, o valor das capacidades associadas à sua forma de vida. (HONNETH, 2009, p. 207)

Por fim, levanto a hipótese de que, ao menos no caso do ativismo de travestis e transexuais, esta luta tem sido operada a partir da proposição de regimes de visibilidade alternativos, criando novos padrões para as experiências trans, que pode ser caracterizada em termos de rituais de purificação. Tais rituais, entretanto, não implicam uma relação direta entre purificar e enquadrar-se em padrões hegemônicos. As minhas observações de campo sugerem que, no processo de construção de uma carreira militante, há uma politização das identidades que traz consigo o aprendizado de uma nova forma de falar, andar, se vestir, possivelmente até de como ser.¹³ A nova performance é, ao mesmo tempo, política e higiênica. Esse processo é necessário para que esses atores e atrizes políticos possam adentrar os espaços de poder do Estado, a fim de lutar por direitos, não através de argumentos médicos, mas do que há de mais básico nos princípios liberais: a igualdade de direitos e o reconhecimento da liberdade de autodeterminação. Nesse sentido, ao afirmar que a proposição de regimes de visibilidade alternativos estaria relacionada com rituais de purificação, considero estes como um pré-requisito político para a negociação das fronteiras do humano. Além disso, os processos de purificação dependeriam da diferenciação de modos de autorrealização aceitáveis de outros modos abjetos.

Nesta disputa, operam diferentes regimes de visibilidade, ou seja, diferentes formas de apresentação social de modos de vida. Tais regimes e as considerações morais associadas aos mesmos compõem uma luta política permanente. Ainda assim, os sujeitos abarcados na minha investigação, antes de qualquer compromisso militante, já buscam ativamente visibilizar uma performance de gênero considerada socialmente oposta àquela esperada em função do sexo designado ao nascer. Logo, há uma empreitada individual relacionada aos regimes de visibilidade de gênero anterior à construção coletiva de uma luta social.

12 As finalidades sociais são um conjunto de objetivos e funções esperadas da organização social.

13 Para um debate mais profundo sobre carreira militante e rituais de purificação, ver Carvalho (2011b).

Podemos pensar, então, numa certa oposição entre dois sentidos da “visibilidade”: como o sujeito coletivo se faz visível e como o mesmo é visibilizado. Para uma melhor elaboração de tais noções, é importante lembrar a forte relação entre as políticas de enfrentamento à epidemia da AIDS e o surgimento do movimento de travestis e transexuais no Brasil. É a partir dessa relação que se constituem travestis e transexuais como “população-alvo” de uma política pública, abrindo a possibilidade de que sejam consideradas como cidadãs (configurando-se com certo nível de reconhecimento jurídico). Todavia, isso só continua sendo possível, até hoje, através dos financiamentos relacionados à epidemia da AIDS. Larissa Pelúcio (2009, p. 110-111) chamou esse processo de “SIDAdanização”:

[...] o atual modelo (de prevenção dialogada) procura considerar as singularidades das visões de mundo e as experiências sociais compartilhadas [...]. Porém, a politização desses indivíduos, tomada como meta, pode ser vista como uma estratégia de controle bastante sutil, centrada na responsabilização dos sujeitos [...]. A partir da AIDS, [...] essas pessoas devem construir uma bioidentidade. Ao estimular o 'senso de organização de categoria', fomentar a 'consciência política' trabalhando auto-estima e o fortalecimento, [...] volta-se para o desenvolvimento de uma 'nova' consciência política [...]. Desloca-se, assim, a responsabilidade pelas doenças, para a forma de como os indivíduos se relacionam entre si e com seu entorno.

Um exemplo marcante desse processo foi a construção da campanha “Travesti e Respeito: já está na hora dos dois serem vistos juntos. Em casa. Na boate. Na escola. No trabalho. Na vida”, lançada em 29 de janeiro de 2004. Esta foi a primeira de uma série de campanhas realizadas pelo movimento de travestis e transexuais em conjunto com o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.¹⁴ Essa vem sendo a principal parceria que não só tem possibilitado financiamento para as atividades do movimento, como também se tornou a principal porta de entrada de militantes para outras interlocuções com o poder público.

O dia 29 de janeiro passou a ser o “Dia da Visibilidade Trans”¹⁵, quando ocorrem manifestações das diversas ONGs de travestis e transexuais pelo país. As razões para a escolha dessa data como dia representativo da luta desse movimento parecem destoar da escolha, como dia do “Orgulho Gay”, do dia 28 de junho. Essa data foi consagrada após a sequência de confrontos com a polícia nos arredores do *Stonewall Inn*, em Nova Iorque, que teve início justamente no dia 28 de junho de 1969. Já o dia 29 de janeiro não marca uma batalha de resistência, mas um momento simbólico de conquista de reconhecimento pelo poder público. O que pode parecer para alguns como um sinal de cooptação de um movimento, para essas militantes é um marco

¹⁴ Na época, Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde.

¹⁵ É possível encontrar em diferentes materiais: “visibilidade trans”, “visibilidade das travestis”, “visibilidade de transexuais” ou ainda “visibilidade de travestis e transexuais”. Optei por usar o termo mais frequente nos espaços nacionais (“visibilidade trans”), apresentando os outros termos apenas quando as disputas identitárias se fazem presentes e necessárias para o debate. Para uma discussão mais profunda sobre as disputas na política identitária entre “travestis” e “transexuais”, ver Carvalho (2011a).

nas possibilidades concretas de serem vistas como sujeitos de direito.¹⁶ Nesse ponto, fazem-se necessárias algumas considerações sobre a relação entre a luta por reconhecimento de travestis e transexuais e o poder público, principalmente os órgãos envolvidos com políticas de saúde.

A centralidade da luta por reconhecimento da identidade autoatribuída é anterior a qualquer outra bandeira ou demanda de travestis e transexuais. Porém, a ausência desse reconhecimento central, que poderia se manifestar na possibilidade concreta de alteração do registro civil, por exemplo, parece produzir um fenômeno de busca por reconhecimentos periféricos.

Tais reconhecimentos periféricos se manifestam no grande entusiasmo demonstrado pelas militantes frente às pequenas possibilidades de respeito, que na maioria das vezes são circunscritas a espaços oficiais do governo ou do movimento. Exemplos desse processo podem ser percebidos na inclusão de “mulheres que vivenciam a transexualidade” no espectro da saúde da mulher, nas diversas portarias relativas ao uso do nome social de travestis e transexuais, nos embates internos do movimento LGBT, na grande relevância dada às interlocuções com o poder público, assim como na forte crítica aos entes governamentais quando falham no reconhecimento e na presença em atividades do movimento.

Nos ENTLAIDS em que estive presente, a presença nos debates de representantes do poder público, principalmente do Executivo Federal, foi uma constante. Quando ausentes, a organização do evento ou o próprio Governo era criticado. Porém, era justamente nesses momentos que apareciam propostas mais concretas de ações militantes, já que, na presença do Governo, o debate se concentrava em formalizar demandas e questionar sobre trâmites burocráticos de projetos governamentais. Assim, creio que a presença de representantes do poder público nesses espaços é, ao mesmo tempo, uma possibilidade de diálogo em vista do reconhecimento social mais amplo e a própria realização parcial de tal reconhecimento.

Nesse processo de conquistas de reconhecimentos periféricos, as políticas de saúde, ou, mais especificamente, as políticas de enfrentamento à epidemia da AIDS se consolidam como o principal canal de interlocução do movimento. Esse fato tem, por parte do Governo, uma preocupação implícita com o avanço da epidemia. Porém, os resultados de minhas investigações indicam uma maior relevância das mortes de travestis e transexuais por assassinatos que poderiam ser considerados crimes de ódio, e não por decorrência da AIDS. Não pretendo negar os altos índices de infecção pelo HIV nessa população, mas não podemos ignorar que muitas delas morrem *com* AIDS e não em decorrência da AIDS. Essa situação já foi explorada por Pelúcio (2009), que considera que os alvos, em última instância, das políticas de prevenção com travestis profissionais do sexo seriam os clientes e não as próprias travestis.

Não me parece, entretanto, que essa seja uma realidade desconhecida pelo poder público, muito menos pelo movimento. Tudo se passa como se as elaborações políticas de um conceito ampliado de saúde, a partir do movimento de reforma sanitária e da construção do SUS, fosse

16 Entre as datas relevantes do movimento LGBT brasileiro, encontra-se o dia da “visibilidade lésbica” (29 de agosto). Segundo Almeida (2005), a data foi escolhida por ter sido em 29 de agosto de 2006 a abertura do primeiro Seminário Nacional de Lésbicas (SENALE). Diferentemente do movimento de travestis e transexuais, a noção de “visibilidade lésbica” parece estar mais relacionada à visibilidade do sujeito político em questão para dentro do movimento LGBT e não frente ao poder público. Não foi possível encontrar nenhuma relação mais direta entre as proposições de dias específicos para as identidades coletivas constituidoras do movimento LGBT para além da coincidência no uso do termo “visibilidade”.

capaz de abarcar diversos problemas sociais dentro de um mesmo espectro da saúde. Não se pode negar a grande discrepância entre as políticas de saúde e outras políticas sociais no Brasil, o que coloca a saúde como principal via para o reconhecimento de travestis e transexuais.

Voltando às diferenciações entre o “Dia da Visibilidade Trans” e o “Dia do Orgulho Gay”, não é apenas a motivação na escolha das diferentes datas que merece nossa atenção. De um lado, fala-se em “orgulho”; do outro, de “visibilidade”. Sabemos que em grande medida a reivindicação de um “orgulho gay” seria uma resposta ao “armário” e todas as suas implicações.¹⁷ Entretanto, em que medida essa “visibilidade” seria uma resposta à violência sofrida por “pessoas trans”¹⁸? Como diferentes regimes de visibilidade interagem nos discursos sobre preconceito e na construção da resposta ativista? Estas pessoas seriam “invisíveis” ou automaticamente “visíveis”? Como regimes de moralidade interagem na proposição/purificação de regimes alternativos de visibilidade? Seria possível supor que a proposição de uma necessidade de “visibilidade” estaria relacionada aos malefícios de um “armário trans”? Este “armário trans” se configuraria como um dispositivo com especificidades distintas do “armário gay-lésbico”?

Desde minha entrada no campo estranhei essa demanda por “visibilidade”, pois a primeira vista me parecia óbvio que travestis e transexuais eram visíveis na sociedade. Porém, algumas vezes o termo era utilizado como “visibilidade positiva”, o que implica a existência de uma visibilidade negativa preponderante e que deve ser combatida numa disputa entre regimes de visibilidade.

Pensando sobre tais regimes, não podemos nos deter em um raciocínio maniqueísta no qual haveria apenas dois regimes que competem entre si, sendo um proposto pelas organizações ativistas e outro presente na sociedade englobante. Muitas imagens de “pessoas trans” estão disponíveis; da travesti prostituta e marginal ao transexual medicalizado e reconhecido como portador de um transtorno mental. Há ainda a imagem militante construída ativamente nos espaços do movimento.¹⁹ Tais processos visam superar a exclusão simbólica de travestis e transexuais do espectro de inteligibilidade do humano. Assim, a minha questão pode ser mais bem desenvolvida se pensarmos em estratégias de transformação (simbólica e política) de “não pessoas” em “pessoas”. Entretanto, o que demarca tais sujeitos como “não pessoas” são atos de violência extrema como explicitado na fala de Janaína Lima, no início do texto. Pensando sobre a violência como instrumento de poder, a socióloga Gail Mason (2002, p. 11, tradução nossa) afirma:

Eu sugiro que podemos pensar na instrumentalidade como uma questão de conhecimento, da capacidade da violência em moldar as formas como vemos, e conseqüentemente, chegamos a conhecer certas coisas. Desta maneira, o ato de violência é por si mesmo um espetáculo. Isto não é tanto pelo fato da violência ser algo que observamos, mas, mais pelo fato da violência ser um mecanismo através do qual distin-

17 Para uma discussão mais profunda sobre tais implicações, ver Sedgwick (1990).

18 Ao usar “pessoas trans” sigo uma tendência, não só na produção acadêmica sobre o assunto, como também no próprio movimento social, que abarca na expressão tanto travestis quanto mulheres e homens transexuais. Ainda assim, apresento a expressão aspeada por se tratar de uma categoria êmica.

19 Para uma discussão mais profunda sobre a construção da imagem militante, ver Carvalho (2011b).

guimos e observamos outras coisas. Em outras palavras, a violência é mais que uma prática que atua sobre sujeitos individuais para infligir dano ou prejuízo. Ela também é, metaforicamente falando, uma forma de olhar para esses sujeitos.²⁰

Assim, as imagens de travestis mortas divulgadas em jornais nos informam também sobre a associação entre certos modos de vida e a criminalidade. Recorrendo ao panóptico, tanto de Bentham quanto de Foucault, Mason (2002) faz uma relação entre sistemas de conhecimento e de visibilidade afirmando que tornar algo visível é tornar algo conhecido de uma determinada maneira. Haveria então uma diferença entre se fazer visível/ser visibilizado via processos de SIDAanização, via cenas de vitimização e via processo transexualizador?²¹

A fim de embasar esta hipótese de diferenciação entre distintos contextos de visibilização das experiências trans, é possível recorrer à seguinte afirmação de Mason (2002, p. 15, tradução nossa): “no modelo panóptico, o sujeito humano se torna visível como certo tipo de indivíduo através de lutas entre vários regimes de conhecimento que definem ele ou ela”.²² Logo, seria esperado que por trás de cada um desses processos haja uma luta entre diferentes regimes de conhecimento. A título de exemplo, podemos pensar que, no caso do processo transexualizador, não há apenas um regime de conhecimento que faz os indivíduos visíveis de uma determinada maneira, pois, em tal contexto, discursos jurídicos, psiquiátricos, psicológicos, da saúde pública, endocrinológicos, militantes/ativistas, entre outros, estão em constante disputa entre si, sem mencionar as próprias disputas internas inerentes aos distintos campos de conhecimento.

Entretanto, o que se configura como meu maior interesse não são as formas como “pessoas trans” são visibilizadas nesses processos, mas as respostas politicamente condicionadas que o ativismo de travestis e transexuais constrói frente a tais processos de estigmatização (“aidéticas”, “criminosas”, “loucas/os”). O que parece acontecer é um processo de disputa em torno do foco de luz do panóptico, que privilegia iluminar certas características, às quais atribui valores e saberes que as configuram como estigma.

Durante o ato realizado na Cinelândia (Rio de Janeiro) pelo grupo Transrevolução, em virtude do “Dia da Visibilidade Trans” de 2013, dois rapazes que passavam em frente à escadaria da Câmara dos Vereadores comentavam o ato e um deles disse: “Ei, rapaz, cadê as travestis? Não tem travesti aí não!” (diário de campo, 29 jan. 2013). Para o meu olhar, eram poucas/os entre as/os ativistas, perfiladas/os na escadaria gritando palavras de ordem e discursando, que não seriam identificadas automaticamente como “pessoas trans”. Porém, a afirmação convicta

20 “I suggest that we might think of instrumentality as a question of knowledge, of the capacity of violence to shape the ways that we see, and thereby come to know, certain things. In this way, the act of violence itself is a spectacle. This is not so much because violence is something that we observe, but, more, because violence is a mechanism through which we distinguish and observe other things. In other words, violence is more than a practice that acts upon individual subjects to inflict harm and injury. It is, metaphorically speaking, also a way of looking at these subjects.”

21 Esta questão vem à tona num momento em que surgem matérias na mídia nacional abordando a temática da “transexualidade”, a partir de casos de mudança de nome e sexo no registro civil, ou, mais especificamente, sobre as tecnologias médicas de transgenitalização, como em recente matéria da revista do jornal O Globo (20 jan. 2013), assim como na entrevista concedida pela modelo internacional Lea T ao programa Fantástico, da Rede Globo (27 jan. 2013).

22 “[...] in the panoptic model the human subject becomes visible as a certain type of individual through the struggles between various knowledge regimes to define him or her.”

de que “não tem travesti aí não” indica o quanto o (re)conhecer um sujeito enquanto “travesti” depende do contexto de visualização. É neste ponto que acredito se fazer necessária a discussão em torno da evidência do estigma trans.

Nas entrevistas que realizei com lideranças do movimento de travestis e transexuais no curso da pesquisa de mestrado, uma das questões abordava as diferenças entre “homofobia” e “transfobia” enquanto categorias de discriminação e preconceito. Entre vários pontos apresentados, repetia-se a ideia de que travestis e transexuais, ao contrário de gays e lésbicas, não tinham como ocultar o estigma e conseqüentemente sofreriam mais preconceito. Tal premissa passa pela relação entre a homossexualidade e o “armário”. Segundo Almeida (2010, p. 14):

O “armário” é a mais conhecida metáfora dos problemas subjetivos, sociais e políticos da homossexualidade enquanto categoria de identidade e de discriminação. 'Estar no armário' significa não ter assumido perante os outros a sua orientação sexual; 'sair do armário' significa fazê-lo e assim estabelecer um ritual performativo que simultaneamente reinstituí o sujeito enquanto homossexual e obriga o entorno social a reconhecer a existência de (mais) um ou uma homossexual. Neste sentido, a homossexualidade diferencia-se de categorias suas semelhantes – como a 'raça' ou o gênero – pois só tem saliência através do processo de visibilização e pronunciamento.

Sedgwick (1990), em sua “Epistemologia do Armário”, também afirma que tanto o racismo quanto opressões baseadas em idade, gênero, tamanho ou deficiência física são processos fundamentados em estigmas visíveis. Mas seria o estigma das experiências trans automaticamente visível? Podemos falar em um “armário trans”?

Duas situações do campo me sugerem a plausibilidade desta proposição. A primeira foi numa conversa com um “homem trans”. Ele me contava sobre as dificuldades sofridas em seu processo de transição e se referia ao momento em que decidiu iniciar as transformações corporais com a seguinte frase: “foi aí que eu fiz o meu *outing trans*”. A outra situação foi ouvindo o relato de uma “mulher trans” sobre o momento em que revelava sua transexualidade a um rapaz com quem estava saindo, dizendo ao grupo que: “aí eu tive que sair do armário”.

Creio que o melhor caminho para se explorar o “armário trans” é pelas situações de saída do armário ou de *outing*. Como podemos perceber, sair do armário tem sentidos distintos nas duas situações: iniciar as transformações corporais e revelar-se “trans” durante uma interação social. Além dessas, outros momentos se configuram como saídas voluntárias ou involuntárias do armário, tais como ter que apresentar documentos com o nome e sexo assignados ao nascer ou uma simples ida ao médico.

As definições em torno da homossexualidade, argumenta Sedgwick (1990), marcam uma gama de contestações de significado na cultura ocidental do século XX. Conjuntamente com as díades segredo/revelação e privado/público, mais claramente condensadas nas metáforas do “armário”, uma crise de definição marca outras díades fundamentais para a organização cultural moderna: masculino/feminino, maioria/minoria, inocência/iniciação, natural/artificial, novo/

velho, crescimento/decadência, urbano/provinciano, saúde/doença, igual/diferente, cognição/paranoia, arte/*kitsch*, sinceridade/sentimentalidade e voluntarismo/dependência.

Penso que, a partir de tais díades, devemos ir além do debate infrutífero se as experiências trans desestabilizam ou reificam o famigerado binarismo de gênero. A problemática do “armário trans” não é apenas circunscrita ao estigma social de um indivíduo em questão, mas exige respostas de diversas instituições modernas envolvidas na manutenção/produção da incomensurabilidade dos sexos, para usar um termo de Laqueur (2001). Em um jogo de tensões entre sistemas de visibilidade, de conhecimento e de poder, tais instituições (medicina, religião, justiça, sistema educacional etc.) se apresentam ativamente na carpintaria do armário, dando sentido às diferentes díades da crise epistemológica da modernidade.

Mas não sem resistência.

Referências

ALMEIDA, Guilherme Silva de. *Da visibilidade à vulnerabilidade: percursos do “corpo lésbico” na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e Aids*. 2005. 344 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

ALMEIDA, Miguel Vale de. *A chave do armário: homossexualidade, casamento, família*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2010.

CARVALHO, Mario F. L. *Que mulher é essa?: identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais*. 2011. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2011a.

_____. A (im)possível pureza: medicalizações e militância na experiência de travestis e transexuais. *Revista Latinoamericana: Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, n. 8, p. 36-62, 2011b.

CARVALHO, Mario F. L.; CARRARA, Sérgio. Em direção a um futuro trans? contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. *Revista Latinoamericana: Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, n. 14, p. 319-351, 2013.

DOUGLAS, Mary. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1976. 232 p. (Coleção Debates)

FRASER, Nancy. *Adding Insult to Injury*. Londres e Nova Iorque: Verso, 2008. 358p.

GOFFMAN, Ervin. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 158p.

HERDT, G. *Third Sex, Third Gender: beyond sexual dimorphism in culture and history*. Nova York: Zone Books, 1996. 614 p.

HONNETH, Axel. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34, 2009. 291 p.

LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001. 313 p.

MASON, Gail. *The spectacle of violence: homophobia, gender and knowledge*. Londres e Nova Iorque: Routledge, 2002.

PELÚCIO, Larissa. *Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de AIDS*. São Paulo: Annablume, FAPESP, 2009. 264 p.

SEDGWICK, Eve Kosofsky. *Epistemology of the closet*. Berkeley e Los Angeles: University of California Press, 1990.

Um breve olhar sobre a transexualidade na mídia

Leandro Colling
Tiago Sant'Ana

Introdução

No complexo jogo das representações, a transexualidade vem ocupando um espaço cada vez maior na imprensa e em programas televisivos em geral. Entre os diversos motivos desse crescente interesse, podemos apontar a vertiginosa curiosidade da audiência heteronormativa em saber quem são essas pessoas trans. Apesar disso, observamos que é tímido o número de pesquisas que investigam as representações e narrativas sobre as transexualidades no Brasil.

Para colaborar com essas questões, apresentamos neste texto um panorama geral sobre as transexualidades na mídia brasileira, feito a partir de algumas discussões oriundas dos estudos *queer*, com ênfase no debate da importância da despatologização da transexualidade. Avaliamos que a imprensa tem contribuído pouco para o avanço dessa discussão, na medida em que quase sempre vincula a experiência trans aos discursos médicos e biológicos. Seguindo esse pensamento, identificamos algumas limitações da mídia no tratamento dado na abordagem das sexualidades não heterossexuais.

Este texto tem um caráter panorâmico, no qual apontamos algumas representações de transexuais na mídia brasileira. Para iniciar o debate, apresentamos inicialmente algumas discussões basilares para o entendimento da transexualidade dentro dos estudos *queer* e concluimos com algumas sugestões gerais de como os meios de comunicação poderiam contribuir mais para que tenhamos uma sociedade que efetivamente respeite a diversidade sexual e de gênero.

Despatologização e os estudos *queer*

Conforme levantamento de Bento (2006), a palavra “transexualpsíquico” foi mencionada em 1910, pelo sexólogo Magnus Hirschfeld. Nesse momento, a expressão era empregada para designar travestis fetichistas. Aran (2006) aponta que as primeiras intervenções cirúrgicas para “mudança de sexo” foram executadas por volta de 1920, na Alemanha e na Dinamarca. Esses procedimentos, naquele período, objetivavam uma “adequação sexual” e estavam vinculados ao tratamento de “pseudo-hermafroditas” e “hermafroditas verdadeiros”. De tal modo, estava incutida aí uma gama de discursos médicos, pautados na doentificação do/a usuário/a.

Cauldwell (apud BENTO, 2006) retomou a palavra “transexualpsíquico” em 1949 para estudar o caso de um transexual masculino. Na década de 50, Harry Benjamin cria o conceito de “transexualismo” e surgem publicações que apontam as especificidades do que eles chamavam de “fenômeno transexual”. Esses estudos assinalavam uma diferença entre *travestismo* e *transexualismo*, bem como uma exclusão da homossexualidade, pois os pacientes examinados se diziam heterossexuais.

Também foi Harry Benjamin que começou a traçar as características que seriam comuns às “transexuais de verdade” ou “transexuais universais”. Na tradição biológica e médica, só pode ser considerada transexual uma pessoa que:

- 1) vive uma inversão psicosssexual total; 2) pode viver e trabalhar como uma mulher, mas apenas vestir as roupas não lhe dá alívio suficiente;
- 3) intenso mal-estar de gênero; 4) deseja intensamente manter relações com homens normais e mulheres normais; 5) solicita a cirurgia com urgência; 6) odeia seus órgãos masculinos. (BENJAMIN, apud BENTO, 2006, p. 151)

Contudo, toda essa cadeia de normas e modelos é colocada em xeque. Bento (2006) traz importantes reflexões que refutam e questionam os limites dessas definições. A primeira delas, e talvez a mais importante de apresentar, é que nem todas as pessoas transexuais desejam realizar todas as cirurgias conhecidas como “de mudança de sexo”. Em muitos relatos colhidos pela autora, a mudança de nome civil, o direito de ter a identidade de gênero que deseja, o investimento de hormônios ou apenas a retirada ou implante de seios já basta para que essas pessoas se sintam bem. Ou seja, o que importa é o sentimento de reconhecimento da sua identidade de gênero. Por essas e outras questões é que Bento defende que, ao considerarmos a transexualidade uma doença, na verdade, estamos considerando uma identidade de gênero como uma doença.

O debate em torno da despatologização das identidades trans também questiona a visão que tenta formar um corpo “perfeito”, que seria capaz de exercer uma heterossexualidade dentro de papéis sociais masculinos e femininos bem delimitados. Nem todas as pessoas trans dissimulam ou escondem marcas dos seus corpos – como a utilização de faixas nos seios, no caso dos homens trans. E isso vai de encontro à ideia de que essas pessoas têm ojeriza ao seu corpo, além de apontar de uma vez por todas que não existe um/a “transexual de verdade”. Os trabalhos de Bento defendem que, assim como existe uma variedade de experiências nas hete-

rossexualidades e nas homossexualidades, também existe uma diversidade entre as identidades transexuais.

A partir de uma análise contextual dos estudos sobre as transexualidades, observamos que houve uma vinculação estrita dessa experiência com os estudos da medicina e da biologia. Ainda hoje a transexualidade é apontada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como um transtorno da identidade sexual.

Com a articulação das Ciências Sociais e Humanas, muitas pesquisas mudam de rumo – tendo agora como foco a defesa da humanização das pessoas trans, lutando pelo rompimento de qualquer vinculação que as designe como anormais, anômalas ou erros da natureza. Bento relata também que as subjetividades de pesquisadores/as têm sido fortemente marcadas depois da realização dos trabalhos com travestis e transexuais. Inclusive, muitos/as começam a fazer política devido à pesquisa acadêmica. “Os/as pesquisadores se transformam em transexuais e travestis políticas/os.” (BENTO, 2011, p. 86)

A própria história dos estudos *queer* também está relacionada com a questão política. Ao contrário do que muitas pessoas dizem, esses estudos nasceram através de uma relação entre o movimento social/ativismo político e a academia. Nos anos 80, o grupo ACT UP (*Aids Coalition To Unleash Power*) e o Queer Nation utilizavam táticas consideradas radicais, como uma forma de externalizar o seu descontentamento com a falta de atenção às pessoas não heterossexuais – sobretudo as que sofriam com a crescente disseminação do vírus HIV. Também estava na pauta dos grupos a oposição ao modelo de gay consumidor e assimilacionista.¹

Algumas tensões no movimento LGBT e também na forma de atuação do próprio Feminismo reverberaram não só no campo da “militância”, mas também na academia. Até porque muitas dessas pessoas “do movimento social” também integravam a universidade, era de se imaginar que os dois campos iriam estabelecer intercâmbios. São esses estudos que Teresa de Laurentis, em 1990, irá chamar, pela primeira vez, de teoria *queer*.²

Pensando especificamente a transexualidade, os estudos *queer* trazem interessantes reflexões que dão munção para subsidiar o debate em torno da despatologização dessas identidades. A partir de uma visão pós-estruturalista, vinculada à perspectiva de descentralização dos sujeitos, enfatizam que há uma derrocada do conceito de natureza para explicar o sujeito da contemporaneidade. Corpo e indivíduo deixam de ser unidades estritamente biológicas, dando espaço a uma cadeia de dimensões discursivas e culturais. Ao longo dos seus estudos, Butler (2002, 2003, 2008) tenta explicitar como a repetição ritualizada dos discursos e das normas constitui sujeitos que são resultados dessas reiterações. Ancoramo-nos em algumas discussões

1 Como explica Saez (2007, p. 68-69, tradução nossa), o conteúdo ideológico do ACT UP “e suas manifestações de ação direta nas ruas rompiam com a linha respeitosa e assimilacionista de muitos grupos de direitos civis tradicionais, que advogavam por uma integração na ordem social normalizada, negociando cotas de poder; pelo contrário, ACT UP introduz a raiva, a denúncia direta e explícita, as ações ilegais (roubos em supermercados para financiar medicamentos ou conseguir comida para os enfermos, por exemplo), boicotes em atos públicos, intervenções em igrejas e ministérios, ou seja, desafia a ordem social e política com um discurso radical.”

2 Um bom texto com breves informações sobre o surgimento dos estudos *queer* e várias reflexões sobre as influências teóricas e principais conceitos é o de Miskolci (2009 e 2012). O livro de Louro (2004) também oferece uma boa introdução ao tema. Sobre a influência de Butler nos estudos *queer*, sugerimos a leitura de Salih (2012).

basilares traçadas por essa autora, que podem contribuir para colocar em questionamento as normas e as identidades.

A primeira perspectiva fundamental para pensarmos a sexualidade é de que o sexo, tomado aqui como a materialidade do corpo (e não a prática sexual), não determina o gênero e a sexualidade da pessoa. Então, ainda que exista uma exigência social para que nós sejamos obedientes aos papéis de gênero desde antes do nascimento, esse *script* pode ser embaralhado e, em algum nível, sempre o é. Por exemplo: não há uma certeza de que uma pessoa que nasce com pênis seguirá necessariamente todas as obrigações que são designadas para os homens. Apesar disso, há uma norma que tenta a todo custo formar corpos inteligíveis, aqueles em que o sexo e o gênero se correspondam da forma tida como coerente pela sociedade. Através dessas evidências, Butler defende que quem mais transgride as normas sexuais engendradas, enraizadas e naturalizadas pela sociedade sofre as mais graves regulações e violências.

Um modo de pensar essa questão é que, na medida em que instituímos um gênero a partir do sexo visto já no monitor da ultrassonografia, fazemos uma operação social e artificial naquele indefeso feto. A partir dessa institucionalização do gênero conforme o sexo, um conjunto de expectativas vai ser construído. Ou seja, a compra do enxoval será de determinada cor, os brinquedos serão “de menino” ou “de menina”, a conduta cotidiana será ensinada para que a pessoa seja sensível ou bruta. Já nascemos generificados e sexualizados, em um processo compulsório e normativo. Nascemos e nossos corpos já estão carregados de discursos e normas.

Isso também nos faz pensar que o corpo, e não apenas o gênero, também é construído através de discursos e de códigos. Entra aí outra questão fundamental: a certeza de que a heterossexualidade também é uma construção social, e não um mero dado biológico. As normas sexuais são propagadas dia após dia, para que ocorra um resultado efetivo de conformação dos corpos. Mas Butler chama atenção para o fato de que os corpos nunca se conformam completamente às normas.

É justamente a percepção dessa fuga e não conformação que gera atitudes de violência. A sociedade produz, então, a figura daquele ser que sofre regulação ao ponto de ter sua humanidade negada: o abjeto. Esse conceito vem da ideia de que determinados sujeitos devem ser excluídos da existência social porque transgridem as regras. “Relaciona-se a todo tipo de corpos cujas vidas não são consideradas vidas e cuja materialidade é entendida como não importante”. (PRINS; MEIJER, 2002, p. 161) Então, no jogo das sexualidades, “a estrutura de gênero alimenta-se da produção incessante de seres abjetos”. (BENTO, 2011, p. 91)³ Essa estrutura mostra e reitera quem tem a sexualidade legítima (heterossexual) ou não.

Existem expectativas e obrigações sociais advindas da ideia de que a heterossexualidade é natural, logo, o *fundamento da sociedade*. (MISKOLCI, 2007) Nesse sentido se pode dizer que o dispositivo atual da sexualidade está pautado no conceito de formar seres que formatam sua vida dentro de um modelo naturalizado de heterossexualidade – até aquelas relações supostamente inaceitáveis entre pessoas do mesmo sexo. (PINO, 2007)

3 Apesar de já tomarmos o caso específico do gênero, Butler chama atenção para o fato do abjeto não se resumir somente às questões da sexualidade. A filósofa destaca a importância de pensar esse conceito em contextos relacionados à classe social, raça e etnicidade, entre outros marcadores.

Além dessas discussões, outro aspecto importante percebido através da obra de Butler, e que pode contribuir na desconstrução da transexualidade como patologia, é que existem mais do que dois gêneros. Nessa concepção, os limites de dois gêneros mais comuns são questionados, na medida em que um exerce influência sobre o outro. Além disso, existem pessoas que preferem ficar em uma zona de transição entre esses dois gêneros consagrados – como é o caso das pessoas travestis e transexuais. De tal forma, há uma ranhura em todo esse engessamento dos dois gêneros. Soma-se a isso o fato de que, mesmo os dois gêneros mais conhecidos (homem e a mulher) não são puros, pois em todos os homens existem algumas características tidas como femininas e vice-versa. Essas diversas doses de mistura geram diversos gêneros. Quanto mais as nossas existências e potencialidades corporais tiverem liberdade de criação, mais gêneros distintos e singulares nós teremos.

Outra dimensão importante de citar no combate à patologização diz respeito à nomeação dos corpos. Apostamos na necessidade da criação de uma lógica discursiva que desvincule a transexualidade da estrutura biologizante. A palavra *transexualismo* é uma denominação que tenta definir uma não correspondência entre o corpo e a subjetividade. Mas a utilização do sufixo *ismo* nessa palavra denota práticas sexuais ditas perversas, além de uma patologização de indivíduos que vivem essa experiência.

A expressão *transexualismo* está relacionada a um saber médico que se apega somente a parâmetros nosológicos e biológicos para denominar a sexualidade de outrem. Ou seja, ainda que se passe por todo um processo de se “fazer” uma sexualidade compatível com a sua subjetividade, a biologia estará marcando sempre o corpo daquela pessoa. Se não bastasse isso, a medicina toma como base o sexo de “origem” para denominar a pessoa que passou pelo processo de mudança corporal. Logo, neste raciocínio, chamam de “transexual masculino” aquele que foi denominado como homem e que passa pelo processo para se tornar o que seria uma mulher e “transexual feminino” aquela que foi considerada mulher e que deseja se tornar um homem.

Assim, as categorias biológicas “de origem” se tornam o parâmetro para essas denominações – quando seria o caráter social e a performatividade de gênero que deveriam ser levados em consideração. Por isso, recusamos⁴ a utilização da palavra transexualismo e preferimos usar a palavra *transexualidade*, bem como salientamos a importância de garantir o respeito à identidade de gênero da pessoa que vive explicitamente o trânsito entre os gêneros.

Ainda sobre isso, é interessante ponderar que essas duas nomeações (masculino e feminino) insistem no pensamento binário. A palavra aprisiona sentidos e subjetividades; o vocabulário acaba não dando conta de expressar as possibilidades das sexualidades e de suas práticas. Então, ainda que com o propósito de garantir uma “nomeação respeitosa”, existe também, conjuntamente, uma repetição de modelos e expectativas de conduta.

4 Aqui estamos indo ao encontro das lutas sociais de pessoas trans, bem como às autoras com as quais trabalhamos para dar conta de discutir as nuances da transexualidade.

Representações, narrativas e transexualidades

Preciado (2008) fala sobre a assunção de um biocapitalismo que produz ideias, organismos, símbolos, desejos, reações químicas e estados da alma. Nesse contexto, a indústria farmacêutica e a fábrica audiovisual do sexo são tomadas como as bases do capitalismo contemporâneo. De tal modo, viveríamos numa era tóxico-pornô. Preciado propõe, então, pensar sobre um regime de subjetivação regido pelas novas tecnologias do corpo na construção das subjetividades. É a ideia de que os dispositivos de subjetivação sexo-políticos estão relacionados também às tecnologias médicas de controle e à representação (fotografia, cinema, pornografia, mídia etc.) – que se infiltram na vida cotidiana especialmente após a Segunda Guerra Mundial.

Preciado defende que o conceito de gênero não nasceu da crítica do pensamento feminista. Ele foi criado, diz ela, pelo psicólogo infantil John Money, que tratava de bebês intersexuais, que estava engendrado em laboratórios de farmacopornografias no desenrolar da tecnologia da Guerra Fria. (PRECIADO, 2008, p. 81) A autora defende que não temos como falar em um gênero puro, mas sim em “tecnologias de gênero”, tecnologias essas que programam, datam, codificam, classificam e que têm uma organização sintética – e logo podem ser transformadas, copiadas, reproduzidas tecnicamente através de corpos transgressores ou não.

Mas onde queremos chegar com essa discussão pautada nessas tais tecnologias? No bojo dessa corrida tecnológica, a representação midiática também se apresenta como uma forte ferramenta de alastramento de normas sexuais e, sobretudo, de uma propaganda incessante da heterossexualidade. Entendemos os atos de representação como teias complexas de normatização e de utilização estratégica das identidades.

Não existe diferença sexual, mas uma multidão de diferenças, uma transversalidade das relações de poder, uma diversidade das potências de vida. Essas diferenças não são 'representáveis' porque são 'monstruosas' e colocam em questão, por esse motivo, os regimes de representação política, mas também os sistemas de produção de saberes científicos dos 'normais'. (PRECIADO, 2011, p. 18)

Nesse sentido, é impossível representar todas as nuances das diferenças, sobretudo quando o lugar de fala de quem representa está pautado numa normatividade trazida por uma suposta normalidade. Logo, a efervescência das identidades, a pluralidade de subjetividades, os devires corporais são políticas de enfrentamento às instituições políticas tradicionais da ciência normalizadora e também da imprensa normativa.

Silva traz um pensamento importante quando pensamos em sistemas simbólicos e relações de poder, ao afirmar que a representação não é simplesmente um meio transparente de expressão de algum suposto referente. Em vez disso,

[...] a representação é, como qualquer sistema de significação, uma forma de atribuição de sentido. Como tal, a representação é um sistema linguístico e cultural: arbitrário, indeterminado e estreitamente ligado a relações de poder. [...] Quem tem o poder de representar tem o poder de definir e determinar identidade. (SILVA, 2009, p. 91)

Diante disso, podemos pensar no regime de poder que é propagado com as representações e as narrativas que são proliferadas por meio de discursos. As representações são executadas por agentes sociais que atribuem sentido para aquilo que é representado. Assim, é possível pensar que as representações midiáticas são criadas mediante sistemas de significação.

Transexualidade na mídia brasileira

No Brasil, as pesquisas que tratam sobre a representação da diversidade sexual e de gênero na mídia começam a crescer a partir de 2006. Esse dado foi levantado a partir de uma pesquisa realizada por integrantes do grupo CUS (Cultura e Sexualidade). (COLLING et al., 2012) Nesse trabalho, fizemos um panorama dos estudos sobre mídia, sexualidades e gêneros não normativos, com o objetivo de verificar qual o peso dessas pesquisas do campo da comunicação no conjunto de pesquisas sobre a diversidade sexual na atualidade.

O trabalho consistiu em um mapeamento de estudos com esse enfoque em anais de congressos da área de diversidade sexual e de gênero e de estudos da cultura e da comunidade LGBT. Dividimos os trabalhos em seis grupos: cinema, imprensa, ficção televisiva, publicidade, internet e o que denominamos de “outros tipos de mídia”.

Nos estudos sobre a imprensa, verificamos que existe uma tendência de analisar as publicações voltadas especificamente para o público LGBT, a exemplo do jornal *Lampião da Esquina* e das revistas *Sui Generis* e *Junior*. Os estudos sobre a grande imprensa, “não especializada” no público LGBT, também existem, mas há um predomínio de análise nas questões que dizem respeito apenas aos gays e às lésbicas.

A partir disso, surgiu o nosso questionamento: e as pessoas trans (travestis, transexuais, transgêneros etc.)? Como elas ficam nessa discussão? Elas não são representadas? Ou, se são representadas, por que são pouco estudadas pelos pesquisadores brasileiros? A conclusão desse levantamento foi um dos principais motivos para a realização deste trabalho. Contudo, essas pesquisas – ainda que em pouca quantidade – existem.

Colling e Sanches (2010), por exemplo, analisaram a representação da primeira mulher transexual que esteve presente em uma telenovela da Rede Globo. A personagem Ramona, interpretada por Claudia Raia, fazia parte da trama de *As filhas da mãe*. Os autores concluíram que a transexualidade feminina foi abordada de forma amena na trama e afirmaram que um dos méritos foi o de que o assunto foi pautado na sociedade. Apesar disso, ressaltaram o fato de que Ramona foi construída em total conformidade com as normas de gênero da sociedade. Ou seja, não houve uma problematização profunda sobre a questão da transexualidade.

Sant’Ana (2011) também realizou um trabalho de caráter mais panorâmico e teórico – em que discute os limiares da representação e da transexualidade. O autor traçou algumas indagações relacionadas à forma como o jornalismo aborda as sexualidades, bem como às formas de visibilidade dos meios de comunicação. “Questionamos, portanto, até que ponto é interessante que se mostre pessoas não-heterossexuais sem que seja discutida a situação de opressão e dos lugares sociais ocupados por elas. Só mostrar uma vez basta? Dar visibilidade acaba com a

discriminação?”. (SANT’ANA, 2011, p. 13) Acreditamos que mostrar a existência desses sujeitos é um começo para discutir a sua existência e atuação na sociedade.

Com o objetivo de lançar olhar sobre as fotografias da modelo transexual Ariadna na revista *Playboy*, Sant’Ana e Sanches (2011) constroem um discurso pautado nos estudos de sexualidade e da fotografia. O filão principal de análise é traçado a partir do questionamento de “como é possível existir abjeção dentro de uma publicação que supostamente legitimaria o discurso de ‘mulher de verdade’ de uma transexual?”. (SANT’ANA; SANCHES, 2011, p. 7) O trabalho expõe como a técnica fotográfica foi usada para tornar obscura e invisibilizada a zona da vagina da mulher trans em questão, o que gerou um tratamento abjeto ao corpo de Ariadna – já que foi proposto um corpo disforme, sobretudo em um dos principais atrativos da revista masculina: a região genital feminina.

Sant’Ana (2012) analisa as narrativas sobre a transexualidade no programa *Fantástico* da Rede Globo. No texto, traça questões sobre a sexualidade e os estudos *queer* e também contempla os estudos sobre o jornalismo e linguagem televisiva. O autor defende a ideia de que a abordagem jornalística realizada pelo programa reduplica a transfobia, na medida em que os jornalistas não respeitaram a identidade de gênero das pessoas entrevistadas, além de produzirem a vinculação estrita com a biologia e a medicina. Sant’Ana dissecou reportagens com as trans Ariadna Thalia, Lea T e Roberta Close, concluindo que elas “são colocadas no campo do exótico e que o tratamento dado a elas é abjeto”, já que as reportagens não humanizam os seus corpos e as reduzem às experiências de fazer a cirurgia de mudança de sexo. (SANT’ANA, 2012, p. 66)

Apesar da produção ainda tímida no campo da representação da transexualidade na mídia, recentemente pessoas trans têm sido constantemente mostradas nos meios de comunicação. No entanto, a presença de pessoas trans na mídia não é recente. Em 1977, a novela *Espelho mágico* abordava o cotidiano de profissionais da comunicação. A novela era exibida pela Rede Globo. Dirigida por Daniel Filho, contava com a participação de Claudia Celeste, que fazia parte do elenco de apoio da novela. A personagem que ela representava na trama sequer tinha nome e não era identificada como uma pessoa trans. Por omitir a informação de que era uma mulher trans “na vida real”, a atriz foi demitida. (VÍRGULA UOL, 2012)

Em 1980, o *Fantástico* exibiu uma reportagem sobre um casal de transexuais da Inglaterra que teve uma filha e que, logo depois, começou a fazer investimentos hormonais e algumas intervenções cirúrgicas em seus corpos. O repórter narra a hostilização por parte dos vizinhos e informa que o casal não conseguia trabalho. O tom da reportagem é obscuro e fala em realizar um “tratamento” – o que vincula a experiência transexual com a patologia. (SANT’ANA, 2012)

Também foi no final da década de 1980 que Roberta Close começou a despontar na imprensa brasileira. As reportagens sempre ressaltavam o glamour, o corpo escultural e a sensualidade da modelo. Sant’Ana analisa que a feminilidade e a sensualidade de Roberta Close é, para a narrativa jornalística, algo que fica acima de tudo. Para o autor,

Acontece uma glamourização da transexualidade em detrimento de um debate politizado da causa. As histórias narradas durante a entrevista trazem um discurso de que a aparência e a performance é

o que interessa, todo o restante é problema do indivíduo que vive a experiência transexual. (SANT'ANA, 2012, p. 64)

No início de 2011, o debate sobre a transexualidade volta à tona com a participação da primeira mulher trans no reality-show de maior popularidade no país, o Big Brother Brasil – veiculado pela Rede Globo. Apesar de ser eliminada do programa na primeira semana, Ariadna Thalia teve sua história de vida lançada em rede nacional. Contudo, a maneira como ela foi apresentada não contribuiu para o debate da transexualidade – ainda que tenha dado visibilidade ao tema. Isso porque a maioria dos programas e jornais que publicavam reportagens sobre Ariadna tinha como objetivo saber detalhes da privacidade da entrevistada, além de falar somente sobre a cirurgia de mudança de sexo, como se o sexo fosse tomado como a própria existência daquela pessoa. Ou seja, a abordagem conduzia Ariadna à abjeção.

Também foi em 2011 que Lea T despontou como uma das *top models* mais requisitadas no mundo da moda. Sua aparição na imprensa brasileira esteve vinculada à imagem do seu pai, Toninho Cerezo – famoso jogador de futebol. Além disso, Lea estava às vésperas de tomar a decisão sobre a cirurgia de resignação sexual. Nesse período, a *top* estampou a capa de várias revistas brasileiras por desfilar e posar de biquíni.

No início de 2012, a Rede Globo veiculou a série *O brado retumbante*, de Euclides Marinho. Na trama, a mulher trans, Julie, é a filha do presidente do país. Um capítulo inteiro foi dedicado a esta personagem e à discussão sobre a transexualidade. Depois de ser expulsa de casa pelo pai, Julie foi morar no exterior e, após um tempo, voltou para o Brasil. Em uma das cenas, foi acionado um terapeuta para explicar a diferença entre ser gay e ser transexual. O desfecho da trama ocorre quando o pai de Julie, presidente do país, vai à televisão pedir desculpas publicamente à filha por todo o passado de violência e ódio. O autor também levou, para a história, cenas de violência transfóbica – tentando discutir não só essa questão dentro da família, mas também na sociedade.

Apesar de ainda vincular a experiência trans ao distúrbio e acionar “respeitáveis profissionais” para falar sobre o caso, acreditamos que esse debate colocou a transexualidade na condição de protagonista. Inclusive, esse é um produto midiático que merece uma atenção especial para quem trabalha com o assunto.

Enfim, ao fazermos um panorama, verificamos que a experiência transexual na mídia brasileira ainda está vinculada às questões da cirurgia, mas também ao glamour, como se a fama, o dinheiro e a beleza a tornasse mais humana. Além disso, há fortes reiteraões dos papéis de gênero que as pessoas trans devem assumir. Ou seja, é como se o discurso proferido cobrasse que o processo transexualizador possa ser efetivado através de atitudes e condutas que condizem com o novo “sexo” da pessoa trans.

Qual a saída?

Nos congressos acadêmicos, as pessoas mais pragmáticas costumam questionar o porquê da mídia ser tão criticada por quem estuda a diversidade sexual. A grande indagação que sem-

pre fazem é: e qual o modelo ideal que a mídia deve utilizar? Nesse caso, qual seria a maneira correta de representar as pessoas transexuais?

Acreditamos que não há uma maneira ideal de representação. Não temos o objetivo de redigir uma receita e ordenar que todas as produções sigam um padrão. Como já foi dito, é impossível representar e narrar todas as diferenças e formas de existência. Além disso, dizer qual seria o modelo ideal é utilizar a mesma ferramenta normativa que combatemos. Apesar disso, é possível traçar algumas linhas gerais que podem apontar um caminho interessante para uma abordagem que respeite a diversidade sexual e de gênero.

Nesse sentido, um aspecto que destacamos é sobre a necessidade de problematizar as identidades. Não há uma sexualidade original, natural ou normal. Todas são construídas, através de intensos investimentos normativos e sociais. Somos o resultado de ações e da cultura na qual estamos inseridos/as. Essa também é uma maneira de quebrar com uma hierarquia baseada na supremacia heterossexual. A opressão é gerada exatamente pela consideração de que uma sexualidade é melhor/superior/legítima em relação às outras.

Outra questão, que é invisibilizada até mesmo por trabalhos acadêmicos é que o modelo de transexualidade propagado pela imprensa é o de uma “transexualidade universal”. Sempre consideram que a pessoa transexual inexoravelmente deseja fazer a completa cirurgia e tem aversão ao seu corpo. Além disso, há um reforço de que só existem mulheres transexuais. A existência da transexualidade masculina é negligenciada e posta à sombra. Também observamos que a transexualidade sempre é pauta jornalística tendo como critérios de noticiabilidade a privacidade, a celebridade e a curiosidade. Ou seja, o lado da discussão politizada e humanística é esquecido, em valorização ao saber sobre as cirurgias, os formatos de vagina etc.

Um terceiro fator que pode contribuir para uma abordagem mais respeitosa à diversidade sexual e de gênero é a quebra dos binarismos no tocante às sexualidades e aos gêneros. A forma como pensamos o mundo de forma dicotômica gera um enquadramento que categoriza as pessoas dentro de uma lógica que exclui uma diversidade de existências que estão entre um polo e outro, subjetividades que gozam justamente da e na posição do entrelugar.

Habitar essa zona das margens, dos locais que não têm nome também é uma forma de existência legítima. Reside aí outro ponto importante para o respeito à diversidade sexual e de gênero na mídia e fora dela. A norma sempre atua de forma com que todas as pessoas sejam obrigadas a ir para o centro, para o inteligível. Esse centro representa toda forma “comportada” de conduta e, definitivamente, essa não é uma zona que todas as pessoas desejam ou podem habitar.

Talvez o passo mais importante para uma abordagem midiática que respeite mais a diversidade sexual e de gênero é o questionamento e a quebra da heterossexualidade compulsória e da heteronormatividade⁵. A ideia é tirar a heterossexualidade da zona de conforto e evidenciar que ela não goza da naturalidade e da normalidade que apregoa. A heterossexualidade ocupa uma posição de status que não é problematizada pela mídia (e nem pela sociedade).

5 Ver a diferença entre heterossexualidade compulsória e heteronormatividade em Miskolci (2012).

Isso que chamamos de sexo, mas também o gênero, a masculinidade e a feminilidade, e a sexualidade são ‘técnicas do corpo’, extensões biotecnológicas pertencentes ao sistema sexopolítico cujo objetivo é a produção, reprodução e expansão colonial da vida heterossexual humana sobre o planeta. (PRECIADO, 2008, p. 93)

Ainda que a heterossexualidade tenha se configurado como um regime político (WITTIG, 1992) e a heteronormatividade uma premissa de enquadramento da vida social dentro de determinados padrões normativos, existem obviamente experiências que fogem a essas regras. Essas formas de existência devem ser, acima de tudo, respeitadas. Para isso, um passo importante é retirá-las da condição de patologia.

Referências

- ARÁN, Márcia. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Revista Ágora*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 49-63, jan./jun. 2006.
- BENTO, Berenice. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- _____. Política da diferença: feminismos e transexualidades. In: COLLING, Leandro (Org.). *Stonewall 40 + o que no Brasil?*. Salvador: Edufba, 2011. p. 79 a 110.
- BUTLER, Judith. Críticamente subversiva. In: JIMÉNEZ, Rafael M. Mérida. *Sexualidades transgressoras: uma antología de estudios queer*. Barcelona: Icaria editorial, 2002. p. 55-81.
- _____. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- _____. *Cuerpos que importan: Sobre los limites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- COLLING, Leandro; SANCHES, Julio César. Quebrando o complexo Gabriela: uma análise da transexualidade na telenovela *As filhas da mãe*. *Revista Bagoas*, Natal, n. 5, p. 167-185, 2010.
- COLLING, Leandro et al. Um panorama dos estudos sobre mídia, sexualidades e gêneros não-normativos no Brasil, *Revista Gênero*, Niterói, v. 12, n. 2, p. 77-108, 1 sem. 2012.
- LOURO, Guacira Lopes. *O corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.
- MISKOLCI, Richard. *A teoria queer e a questão das diferenças: por uma analítica da normalização*. 2007. Disponível em <http://www.alb.com.br/anais16/prog_pdf/progo3_01.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.
- _____. A teoria queer e a sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 21, p. 150-182, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222009000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. *Teoria queer: um aprendizado pelas diferenças*. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

PINO, Nádía Perez. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos. *Cadernos Pagu*, n. 28, p. 149-174, jan./jun. 2007.

PRECIADO, Beatriz. Multidões queer: Notas para uma política dos “anormais”. *Estudos feministas*, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 11-20, jan./abr. 2011.

_____. *Testo Yonqui*. Madrid: Editorial Espasa, 2008.

PRINS, Baukje; MEIJER, Irene Costera. Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 155-167, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11634.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

SÁEZ, Javier. El contexto sociopolítico de surgimento de la teoría queer. De la crisis del sida a Foucault. In: CÓRDOBA, David, SÁEZ, Javier e VIDARTE, Paco (Org.). *Teoría queer*. Políticas bolleras, maricas, trans, mestizas. Madrid: Editorial Egales, 2. ed. 2007. p. 67-76.

SALIH, Sara. *Judith Butler e a teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

SANT’ANA, Tiago. *Cada uma sabe a dor e a delícia de ser o que é: narrativas sobre a transexualidade no Fantástico*. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cachoeira, 2012.

_____. “Sou mulher, sou menininha, só não tenho piriquitinha”: narrativas sobre a transexualidade no Fantástico. In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO NORDESTE, 13., 15 a 17 jun. 2011. Maceió. *Anais... Maceió/AL*: Intercom, 2011. Disponível em: <<http://intercom.org.br/papers/regionais/nordeste2011/resumos/R28-o699-1.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2012.

SANT’ANA, Tiago; SANCHES, Julio César. *Revelando o segredo? A transexualidade fotografada pela revista Playboy*. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 2., 4 a 6 set. 2011. Salvador. *Anais... Salvador/BA*: UNEB, 2011. Disponível em: <<http://nugsexdiadorim.files.wordpress.com/2011/12/revelando-o-segredo-a-transexualidade-fotografada-pela-revista-playboy.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2012.

SILVA, Tomaz Tadeu da. A produção social da identidade e da diferença. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. p. 73-101.

VÍRGULA UOL. *Trans na mídia: relembre a trajetória das travestis e transexuais famosas*. 18 ago. 2012. Disponível em: <<http://virgula.uol.com.br/ver/noticia/famosos/2012/08/10/306357-trans-na-midia-relembre-a-trajetoria-das-travestis-e-transexuais-famosas#0>>. Acesso em: 29 out. 2012.

WITTIG, Monique. *The straight mind: and other essays*. Boston: Beacon Press, 1992.

Autores

Adriana Prates

Socióloga e mestre em Ciências Sociais. Profissional da Área da Saúde Mental, atuante na atenção a usuários de álcool e outras drogas. Integrante do Núcleo de Ensino e Pesquisa em AIDS e outras Doenças Infecciosas (NEPADI-ISC-UFBA).

Andressa Pilar

Graduada em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Foi bolsista de extensão do projeto Assessoria à equipe técnica do Serviço Social na implementação do processo transexualizador no HUPE.

Ailton Santos

Graduado em Serviço Social pela Universidade Católica do Salvador (1998), especialista em Saúde do Trabalhador (2002) e mestre em Saúde Coletiva (2007) pela UFBA. Especialista em Gênero e Sexualidade e doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Técnico de Referência Regional dos Programas: Saúde do Adolescente e Jovem / Saúde do Homem e Saúde da População LGBT da 1ª Dires/Sesab.

Anne Jacqueline Mendes Gomes

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

Berenice Bento

Doutora em Sociologia. Professora do Departamento de Ciências Sociais/UFRN.

Daniela Murta

Psicóloga, mestre e doutora em Saúde Coletiva, pesquisadora de pós-doutorado PNPd/Capes do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS) - UFRJ, UERJ, UFF, Fiocruz.

Dinesh Sinha

MBBS MRCPsych MSc Dual CCT (General Adult Psychiatry & Psychotherapy) MBA S12. Consultant Psychiatrist in Psychotherapy, London.

Elizabeth da Luz Marques

Assistente social, mestre em serviço social pela ESS-UFRJ. Atuou na equipe do Processo Transexualizador do Hospital Universitário Pedro Ernesto no período 2010-2013 e atualmente integra a equipe de uro-oncologia do HUPE/UERJ.

Fátima Lima

Antropóloga, professora adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – campus Macaé. Pesquisadora e colaboradora da linha de pesquisa “Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde” /Clínica Médica/UFRJ. Desenvolve pesquisas no campo da produção das subjetividades, processos políticos e performatividades de gênero. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Autora do livro em formato e-book *Corpos, Gêneros e Sexualidades – Políticas de Subjetivação*.

Guilherme da Silva Almeida

Professor adjunto da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FSS/UERJ) e coordenador adjunto do LIDIS – Laboratório Integrado de Diversidade Sexual e de Gênero, Políticas e Direitos. Coordena projeto de extensão em parceria com a equipe técnica do Serviço Social atuante no processo transexualizador do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ).

Jorge Leite Júnior

Professor do Departamento de Sociologia da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. Possui doutorado, mestrado e graduação em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Leandro Colling

Professor adjunto do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) e do Programa Multidisciplinar de Pós-graduação em Cultura e Sociedade, da UFBA. Coordenador do grupo de pesquisa CUS, Cultura e Sexualidade. Possui graduação em Comunicação Social

pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos e mestrado e doutorado em Comunicação e Cultura Contemporâneas pela Universidade Federal da Bahia.

Liliana Lopes Pedral Sampaio

Psicóloga e Arteterapeuta. Graduada em Artes Plásticas pela UFBA e em Psicologia pela UNIFACS, Especialista em Arteterapia pela FDC e em Psicanálise pela PUC-SP. Participante do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade – Savis.

Ludimila Souza dos Santos Vasconcelos

Assistente social, faz especialização em Gênero e Sexualidade pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Compôs, na qualidade de Residente, a equipe de serviço social do Processo Transexualizador do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Luís Augusto Vasconcelos da Silva

Psicólogo. Mestre e Doutor em Saúde Pública pelo ISC-UFBA. Professor adjunto do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA). Professor permanente do Programa de Pós-graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (IHAC-UFBA) e professor colaborador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Membro do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (Savis).

Márcia Cristina Brasil Santos

Assistente social, mestre em Serviço Social, compõe a equipe de serviço social do Processo Transexualizador do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Marco José de O. Duarte

Especialização em Saúde Coletiva e Saúde Comunitária, mestre e doutor em Serviço Social. Professor adjunto da Faculdade de Serviço Social da UERJ. Pesquisador do Laboratório Integrado em Diversidade Sexual e de Gênero, Políticas e Direitos da Sub-Reitoria de Extensão da UERJ (Lidis-SR-3/UERJ). Conselheiro Titular do Conselho Estadual de Direitos da População LGBT-RJ. Coordenador do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade de Serviço Social da UERJ (NEPS-FSS/UERJ), do Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros – Programa de Estudos e Debates dos Povos Africanos e Afro-Americanos do Centro de Ciências Sociais da UERJ (Neab-Proafro-CCS/UERJ) e do Curso de Especialização Integrado em Saúde Mental na Modalidade Residência Multidisciplinar e Integrada em Saúde Mental (CEIS-M-RMISM). Supervisor acadêmico do Centro de Atenção Psicossocial da UERJ (CAPS/UERJ) e coordenador do Programa de Educação para o Trabalho na Saúde – Redes de Atenção – Rede de Atenção Psicossocial da UERJ/Ministério da Saúde (PET-Saúde-Redes-RAPS da UERJ).

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Psicóloga, mestre em Saúde Comunitária, doutora em Saúde Pública pelo ISC-UFBA. Professora adjunto do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA). Docente permanente do Programa de Pós-graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, do IHAC-UFBA. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Área de Concentração em Saúde Mental. Coordenadora do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (Savis), e membro de outros grupos de pesquisa. Psicanalista membro do Colégio de Psicanálise da Bahia.

Mario Carvalho

Psicólogo, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ) e doutorando no mesmo instituto.

Maycon Lopes

Graduado e mestrando em Ciências Sociais pela UFBA, membro do CUS (Grupo de Pesquisa em Cultura e Sexualidade) e do ECSAS (Núcleo de Estudos em Ciências Sociais e Saúde).

Michelle Araújo Moreira

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Mestre e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Sanitarista; Professora adjunta de Saúde da Mulher da UESC, Departamento de Ciências da Saúde.

Paulo Roberto Ceccarelli

Psicólogo; psicanalista; doutor em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise pela Universidade de Paris VII; pós-doutor por Paris VII; membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental; sócio do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais; membro da Société de Psychanalyse Freudienne, Paris, França; membro fundador da Rede Internacional em Psicopatologia Transcultural; membro Fundador do Núcleo de Estudos Freudianos, Belém, PA; professor do Instituto de Psicologia da PUC-MG, BH; professor e orientador de pesquisas na Pós-graduação em Psicologia/UFPA, Belém, PA; professor e orientador de pesquisas do Mestrado de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG; Chercheur associé à l'Université Paris 7 Denis-Diderot; diretor científico do Centro de Atenção à Saúde Mental (Cesame: www.cesamebh.com.br); Pesquisador do CNPq.

Samantha Guedes

Assistente social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Compôs, na qualidade de Residente de segundo ano, a equipe de serviço social do Processo Transexualizador do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Shirley Acioly Monteiro de Lima

Psicóloga graduada na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1996), com especialização em Recursos Humanos pela FIA USP (2002). Mestre em Psicologia Social pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2007). Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Unifesp. Atualmente desenvolve pesquisa sobre os temas de identidade, corporeidade e gênero.

Tereza Rodrigues Vieira

Ph.D. em Direito pela Université de Montreal, Canadá. Doutora em Direito PUC-SP/Université Paris; especialista em Bioética pela Faculdade de Medicina da USP e membro da Sociedade Brasileira de Bioética; professora do Curso de Mestrado em Direito Processual e Cidadania da Unipar. Responsável pelo projeto Diversidade Sexual e a tutela do cidadão LGBT, patrocinado pela Unipar.

Tiago Sant'Ana

Jornalista, formado pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), mestrando do Programa Multidisciplinar em Cultura e Sociedade da UFBA, com bolsa da Capes. Integra o grupo de pesquisa CUS (Cultura e Sexualidade).

Zélia Gebrath

Assistente Social pela UERJ e mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Serviço social e Desenvolvimento Regional na UFF. Foi bolsista de extensão junto ao Projeto Assessoria à equipe técnica de Serviço Social na implementação do processo transexualizador no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) e estagiária do Programa Transexualizador do HUPE/UERJ no projeto Mapeamento da rede de Atenção à população LGBT no Estado do Rio de Janeiro.

COLOFÃO

FORMATO	18 x 26 cm
TIPOLOGIA	Auto 1 LT / Klavika
PAPEL	Alcalino 75 g/m ² (miolo) Cartão Supremo 300 g/m ² (capa)
IMPRESSÃO DO MIOLO	EDUFBA
CAPA E ACABAMENTO	Cartograf
TIRAGEM	400 exemplares

Visando colaborar com a discussão de temas relativos à sexualidade e ao gênero, este livro traz o resultado de uma série de pesquisas e reflexões de profissionais e pesquisadores que vêm se dedicando ao estudo das transexualidades. Destina-se tanto a estudiosos quanto a interessados no tema, além de gestores e trabalhadores que lidam com algumas das questões abordadas aqui. A particularidade desta obra é sua construção multidisciplinar. Perpassando a história das sexualidades e dos gêneros, ela discute aspectos ligados às transexualidades, como despatologização, assistência social, psicológica e de saúde, movimentos sociais, direitos civis, biopolítica e inserção na mídia.

ISBN 978-85-232-1246-9



9 788523 212469