

BENTO MANOEL DE JESÚS

**CAMPANHA PELA DESPATOLOGIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE NO
BRASIL: SEUS DISCURSOS E SUAS DINÂMICAS**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliane Gonçalves

**Goiânia
2013**

BENTO MANOEL DE JESÚS

**CAMPANHA PELA DESPATOLOGIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE NO
BRASIL: SEUS DISCURSOS E SUAS DINÂMICAS**

Dissertação defendida e aprovada em _____ de _____ de 2013, pela banca examinadora composta pelos (as) seguintes professores (as):

Prof.^a Dr.^a Eliane Gonçalves – UFG/FCS/PPGS (Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Larissa Maués Pelúcio Silva – UNESP/Bauru

Prof. Dr. Camilo Albuquerque de Braz – UFG/FCS/PPGAS

Prof. Dr. Dijaci David de Oliveira – UFG/FCS/PPGS (Suplente)

**Goiânia
2013**

Aos meus pais, Maria (*in memoriam*) e Manoel,
os responsáveis pelos meus primeiros
conhecimentos.

AGRADECIMENTOS

Sou grato à minha orientadora, a professora Eliane Gonçalves, especialmente por conduzir seu trabalho com paciência e com respeito às individualidades.

Meus agradecimentos aos professores Camilo Braz e Dijaci de Oliveira pelas avaliações na banca de qualificação.

Sou grato à professora Larissa Pelúcio e novamente aos professores Camilo Braz e Dijaci de Oliveira, pelo aceite ao convite para a participação na banca de defesa.

Agradeço a todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Goiás, por terem contribuído com a minha formação.

Meus agradecimentos aos colegas do Mestrado e Doutorado, principalmente Rezende e Walderes, pelo apoio e amizade.

Meus agradecimentos ao Ser-Tão, pois foi onde começou a trajetória dessa pesquisa.

Minha gratidão especial às pessoas que gentilmente me concederam entrevistas para a realização dessa pesquisa.

Por fim, agradeço a CAPES, pelo apoio financeiro que me foi concedido.

RESUMO

Inscrito na arena dos saberes sobre identidades de gênero, este trabalho versa sobre a transexualidade, tema sobre o qual repousam muitas controvérsias, a começar pelo uso dos termos *transexualidade* e *transexualismo*. Não se trata apenas de palavras diferentes, mas significam pontos de vista diferentes, podendo demarcar perspectivas antagônicas de campos de conhecimento em relação à condição transexual, uma de identidade e outra de patologia. Esta pesquisa tem como objetivo situar o debate sobre a despatologização da transexualidade no Brasil analisando seus campos discursivos. Por um lado, procuro identificar quem são os atores envolvidos na campanha e investigar como os mesmos estão produzindo o debate, mostrando que tipos de mobilizações têm sido feitas e quais são as suas principais reivindicações. Por outro lado, busco identificar e analisar os conhecimentos que fundamentam os discursos pela despatologização e quais outros discursos se contrapõem a essa perspectiva. Apresento e analiso as propostas da campanha quanto à continuidade da assistência médica e a garantia de direitos às pessoas transexuais numa eventual despatologização da transexualidade.

Palavras-Chave: transexualidade, despatologização, gênero, identidade.

ABSTRACT

Inscribed into the arena of knowledge on gender identities, this work is about transsexuality, a subject on which rests many controversies, starting with the use of the terms *transsexualism* and *transsexuality*. They are not only different words, but mean different viewpoints and can demarcate opposing perspectives of fields of knowledge regarding transsexual condition, one as identity and the other as pathology. This research aims to situate the debate about depathologization of transsexuality in Brazil analyzing its discursive fields. On one hand, I try to identify who are the actors involved in the campaign and investigate how they are producing the debate, showing what kinds of mobilizations have been made and what are their main demands. On the other hand, I seek to identify and analyze the knowledge underlying the depathologization speeches and other discourses which are opposed to this perspective. I present and analyze the proposals of the campaign concerning the continuity of health/medical care as well as the maintenance of the rights of transsexuals in a possible depathologization of transsexuality.

Key words: transsexuality, depathologization, gender, identity.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABEH – Associação Brasileira de Estudos da Homocultura
- ANIS – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero
- APA – Associação Americana de Psiquiatria
- CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CCR – Comissão de Cidadania e Reprodução
- CFM – Conselho Federal de Medicina
- CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
- CLAM – Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos
- CRP-SP – Conselho Regional de Psicologia de São Paulo
- CSP-Conlutas – Central Sindical e Popular
- CUS – Grupo de Pesquisa em Cultura e Sexualidade da Universidade Federal da Bahia
- DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- GENI – Grupo de Estudos de Gênero, Memória e Identidade
- GEPSs – Grupo de Estudos e Pesquisas em Sexualidades
- HBIGDA – Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association
- LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- NIGS – Núcleo de Identidade de Gênero e Subjetividade
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PDC – Projeto de Decreto Legislativo
- PLC – Projeto de Lei da Câmara
- SEDH/PR – Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República
- SOC – State of Care
- STF – Supremo Tribunal Federal
- STP 2012 – Stop Trans Pathologization - 2012
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TIG – Transtorno da Identidade de Gênero
- UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
- UFG – Universidade Federal de Goiás
- UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
I – O tema da pesquisa.	10
II – Uma breve contextualização.	12
III – Perguntas e objetivos da pesquisa.	16
IV – Procedimentos metodológicos.	17
V – Plano da dissertação.	19
CAPÍTULO 1 – A TRANSEXUALIDADE PELOS SABERES “OFICIAIS”	21
1.1 – A transexualidade “biológica” de Harry Benjamin.	21
1.2 – “A experiência transexual” de Robert Stoller.	25
1.3 – A transexualidade nos manuais de transtornos mentais.	30
1.4 – O pensamento de alguns autores atuais sobre a transexualidade.	34
CAPÍTULO 2 – A TRANSEXUALIDADE POR OUTROS SABERES	41
2.1 – Desnaturalizando o gênero e a sexualidade.	41
2.2 – “A reinvenção do corpo” de Berenice Bento.	49
2.3 – Cirurgias de transgenitalização: o bisturi fazendo gêneros.	53
CAPÍTULO 3 – TRANSEXUALIDADE E CIDADANIA	58
3.1 – O posicionamento do Estado frente às demandas das pessoas transexuais. ...	58
3.2 – Dificuldades e obstáculos à plena cidadania de pessoas transexuais no Brasil....	66
3.3 – Omissões, resistências e homofobia no âmbito legislativo.	70
CAPÍTULO 4 – DESPATOLOGIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE NO BRASIL	73

4.1 – Os atores e as dinâmicas da campanha pela despatologização da transexualidade no Brasil.....	73
4.2 – Demarcações identitárias.....	76
4.3 – Os contra-argumentos ao discurso patologizante.....	79
4.3.1 – O contra-argumento à “diferença natural entre os gêneros”.....	80
4.3.2 – O contra-argumento à “visão suicidógena”.....	82
4.3.3 – O contra-argumento às “concessões estratégicas”.....	85
4.3.4 – O contra-argumento à “autoridade científica”.....	88
4.4 – Transexualidade: um lugar de conflitos.....	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICES.....	101

INTRODUÇÃO

I – O tema da pesquisa

Na estória infantil *Marcelo, marmelo, martelo*¹, Marcelo era um menino que cismou em questionar coisas que, de tão óbvias, os adultos muitas vezes nem sabiam o que responder. Certa vez ele perguntou à mãe por que é que ele não se chamava martelo ou marmelo, ao invés de Marcelo. A mãe, num espanto, respondeu que martelo e marmelo não eram nomes de gente, mas de uma ferramenta e de uma fruta. Porém, as respostas dos adultos não sanavam a cisma de Marcelo, que passou a dar novos nomes às coisas. Os impasses e constrangimentos causados por essa atitude só acabaram já no final da estória, quando os pais aceitaram o vocabulário inventado pelo filho, o que transformou o modo de comunicação daquela família.

Espero que ao final desta dissertação eu seja capaz de responder o porquê de tê-la iniciado com a estória acima. Esta pesquisa está inscrita na arena dos saberes sobre identidades de gênero e versa sobre a transexualidade, um tema que oferece um amplo leque de recortes para investigação e sobre o qual repousam muitas controvérsias, a começar pelas nomenclaturas usadas para referi-lo. Embora muito utilizada nos dias atuais, transexualidade é uma palavra dificilmente encontrada nos dicionários brasileiros, nos quais a palavra correspondente é transexualismo².

Contudo, muito mais do que termos diferentes, transexualidade e transexualismo significam pontos de vista diferentes, podendo ser tomados para demarcar respectivamente duas perspectivas de campos de conhecimento em relação à condição transexual, uma de identidade e outra de patologia. Este trabalho seguirá a perspectiva de identidade, portanto, conforme já explicitado, utilizará o termo transexualidade.

A disputa semântica entre transexualidade e transexualismo é semelhante à que já ocorreu entre homossexualidade e homossexualismo. O termo homossexualidade surgiu como um contraponto ao significado de patologia atribuído ao termo

¹ *Marcelo, marmelo, martelo* é um dos trabalhos da escritora brasileira de livros infantis Ruth Rocha.

² De acordo com o dicionário *Aurélio*, o termo transexualismo tem a seguinte definição: transexualismo (sec-cs). [De transexual + -ismo.] S. m. Psiq. Desejo que leva o indivíduo (geralmente homem) a querer pertencer ao sexo oposto, cujos trajes pode, até, adotar, além de esforçar-se tenazmente no sentido de se submeter a intervenção cirúrgica visando a transformação sexual (DICIONÁRIO AURÉLIO, 1986, p. 1700).

homossexualismo, uma vez que este estava inscrito nos manuais médicos e definia as experiências sexuais entre pessoas do mesmo sexo como patológicas e, conseqüentemente, os praticantes como doentes.

Em grande parte, conforme afirmam Fry e MacRae (1985), as pressões dos movimentos homossexuais fizeram com que em 1973 a homossexualidade deixasse de ser considerada uma doença pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Outra contribuição importante na desconstrução da noção de patologia em relação à homossexualidade veio da produção de conhecimentos. Segundo Vance (1995), em virtude do advento da aids, os estudos sobre sexualidade nas ciências sociais ganharam forças nas últimas décadas, contribuindo para uma melhor visualização dos sujeitos dissidentes da sexualidade hegemônica, assim como na desconstrução de estereótipos.

Atualmente, é a transexualidade que passa por situação semelhante. Assim, essa pesquisa tem a intenção de analisar um aspecto desse tema que nos dias atuais tomou contornos de debate: a despatologização. As discussões sobre essa questão se intensificaram em virtude da *Campanha Internacional Stop Trans Pathologization – 2012* (STP 2012), uma campanha em curso que se mobiliza pela retirada das chamadas identidades trans (transexuais e transgêneros) dos catálogos internacionais de doenças: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), da APA, que terá nova versão em 2013; e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), cuja versão revisada deverá sair em 2015³.

Antes de prosseguir, algumas considerações são necessárias. Se não existe um entendimento único em relação à homossexualidade, conforme relatam Fry e MacRae (1985), o mesmo acontece com relação à transexualidade. Assim, em nenhuma parte desse trabalho será apresentada uma definição precisa de transexualidade. Seguirei o entendimento proposto por Bento (2006), considerando como transexual, a pessoa que se identifica e busca reconhecimento de pertencimento a um gênero distinto do que lhe foi atribuído em função de sua genitália.

Com base nesse entendimento, são chamadas de transexuais femininas ou mulheres transexuais, aquelas pessoas que se identificam e querem ser reconhecidas como mulheres, apesar de terem sido designadas como homens por terem nascido com a

³ Informações disponíveis em <http://www.stp2012.info/old/pt>, site em português da *Stop Trans Pathologization – 2012*. Acesso em: 14/10/2011

genitália masculina. No mesmo sentido, são chamados de transexuais masculinos ou homens transexuais, as pessoas que se identificam e buscam ser reconhecidas como homens, ainda que designadas como mulheres em virtude de sua genitália feminina.

II - Uma breve contextualização

Ao se falar de transexualidade, um ponto importante a ser observado é o fato de se tratar de um fenômeno contemporâneo, o que não quer dizer que no passado não existiam pessoas que transitavam entre os gêneros, isto é, que viviam experiências tidas como próprias do gênero considerado oposto. Fry e MacRae (1985) falam dos *berdaches*, uma tribo indígena já extinta da América do Norte na qual era

[...] perfeitamente possível um homem se “transformar” em mulher e até casar com outro homem. Estas pessoas eram conhecidas como homens-mulher. Inversamente, mulheres também se ‘transformavam’ socialmente em homens, também chegando muitas vezes a se casar com outras mulheres. São as mulheres-homem (FRY; MACRAE, 1985, p. 36).

Em citação de estudos do sexólogo e psiquiatra americano Richard Green, Saadeh (2004) traz exemplos do que ele chama de aspectos mitológicos, históricos e transculturais de trânsito entre gêneros. Na mitologia grega, Tirésias era um profeta que, após separar duas cobras que copulavam, e matar a fêmea, foi castigado pelos deuses sendo transformado em mulher. Viveu assim por sete anos, até encontrar outro casal de cobras copulando. Dessa vez matou o macho e tornou-se novamente um homem.

Na História, um exemplo de trânsito entre gêneros é o caso do Rei Henrique III de França, já na Renascença. Ele não somente teria se apresentado travestido aos deputados, como também queria ser considerado mulher. Por fim, no aspecto transcultural, Saadeh cita os Yuman, povos que acreditavam que após determinados sonhos que aconteciam na puberdade, as pessoas mudavam de “espírito”. A partir de então adotavam a postura e os trejeitos do gênero considerado oposto e eram perfeitamente aceitas pela tribo (SAADEH, 2004).

Obviamente que as nomeações e as concepções que se tinham de uma situação de trânsito entre gêneros em épocas passadas eram muito diferentes das que se têm hoje. Embora já estivesse presente na literatura psiquiátrica desde o século XIX, através de autores como Von Krafft-Ebing e Magnus Hirschfeld (MURTA, 2011), a transexualidade, tal qual a concebemos hoje, é uma produção do século XX, quando

ocorreram as primeiras cirurgias de transgenitalização das quais se tem conhecimento e emergiram as atuais definições científicas para o fenômeno.

Ocorridas por volta de 1920 na Alemanha e na Dinamarca, as primeiras cirurgias de transgenitalização foram realizadas no tratamento dos chamados “pseudohermafroditas” e “hermafroditas verdadeiros”, sendo consideradas como práticas de “adequação sexual”. Logo após, ainda na década de 1920, aconteceram os primeiros casos de cirurgias de transgenitalização em pessoas não hermafroditas. No entanto, esse procedimento só teve conhecimento público em 1952, quando George Jorgensen, um ex-soldado do exército americano foi operado pelo médico Christian Hamburger. A notoriedade desse caso despertou o interesse de áreas como a sexologia, a endocrinologia, a urologia e a psiquiatria para a pesquisa e o tratamento do “transexualismo” (ARÁN, 2006).

Segundo Ceccarelli (2003), foi o sexólogo estadunidense David Cauldwell quem utilizou pela primeira vez, em 1949, a palavra *Trans-sexualism*. Já em 1953, o endocrinologista e sexólogo alemão radicado nos Estados Unidos, Harry Benjamin, pronunciou a palavra *Transsexualismo* durante uma conferência realizada na Academia de Medicina de Nova Iorque. Nessa época, de acordo com Bento (2008), se publicaram os primeiros artigos que pretendiam registrar e defender uma especificidade para o fenômeno transexual.

Foi também na década de 1950 que o psicólogo neozelandês John Money deu início à construção da noção de gênero, a concepção de que gênero e sexo biológico são coisas diferentes. No entanto, se tratava de uma noção muito superficial, como se o gênero se estabelecesse literalmente por meio da educação. Segundo Bento (2006), Money afirmava em suas teses que a identidade sexual seria moldada até os 18 meses de vida da pessoa. Entretanto, essas teses “não eram da determinação do social sobre o natural, mas como o social, mediante o uso da ciência e das instituições, poderia assegurar a diferença entre os sexos” (BENTO, 2006, p. 41).

Foi a partir dessa distinção entre sexo e gênero efetuada por Money, que o psicanalista estadunidense Robert Sotller, já na década de 1960, propôs a ideia de “núcleo de identidade de gênero”. Esse conceito foi desenvolvido para designar o sentimento de ser homem ou mulher, vindo a se constituir no ponto central da compreensão da experiência transexual (ARÁN, 2006).

Em 1966 foi publicado o livro *O fenômeno transexual*, de Harry Benjamin, que vai fornecer as bases para o diagnóstico do “verdadeiro transexual”. Em 1969 ocorreu o primeiro congresso da Associação Harry Benjamin, que em 1977 passaria a se chamar Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA). Essa Associação, que considera a transexualidade como uma “disforia de gênero”, produz o *State of Care* (SOC), que são normas de tratamento que orientam os profissionais que lidam com a transexualidade em todo o mundo (BENTO, 2008).

Todas essas teorizações em torno de uma definição de transexualidade ocorreram juntamente a discussões sobre a melhor forma de tratamento, se constituindo num processo que culminou no entendimento da transexualidade como doença e da cirurgia como o tratamento adequado. A inclusão da transexualidade nos manuais médicos de doenças mentais ocorreu, no caso do DSM, em 1980, na aprovação da terceira revisão desse manual. Já na CID, a inclusão se realizou na ocasião de sua décima revisão, que foi aprovada em 1989 e que passou a vigorar em 1993⁴.

Obviamente que a classificação da transexualidade como transtorno mental sofreu contestações desde que foi efetuada. Mas foi a partir de 2007, com o lançamento da STP 2012, que passou a sofrer críticas mais contundentes, pois o objetivo principal dessa Campanha é influenciar o processo de revisão pelo qual passam o DSM-IV e a CID-10, no sentido de que a transexualidade não seja mais incluída nesses manuais, mas entendida como uma experiência identitária. Esse é um aspecto importante em relação à transexualidade nos dias atuais, visto que a STP 2012 está acontecendo em várias partes do mundo.

Diante dessa configuração, Arán e Murta (2009) vão dizer que a genealogia da transexualidade, tal qual a concebemos atualmente, parece seguir duas linhas. Em suas palavras,

[...] alguns autores, como Bernice Hausman, argumentam que só é possível compreender o fenômeno da transexualidade a partir do desenvolvimento da tecnologia médica e do pacto realizado entre médicos e transexuais para possibilitar a mudança de sexo. Outros, como Joanne Meyerowitz, argumentam que a noção de transexualidade é uma consequência da revolução dos costumes propiciada pela problematização do caráter imutável do sexo e posteriormente pelo surgimento da categoria de gênero (ARÁN; MURTA, 2009, p. 26).

⁴ Ibidem.

Como se nota, a primeira vertente situa-se claramente no campo do desenvolvimento de técnicas médicas que possibilitam os procedimentos de readequação sexual, ou transgenitalização. Já a segunda, é consoante com o ponto de vista que questiona a naturalidade do sexo e a estabilidade das identidades. Ambas as vertentes estarão presentes nesse trabalho.

Em se tratando de Brasil, a questão da transexualidade virou notícia na comunidade médica em virtude da primeira cirurgia de transgenitalização realizada em solo brasileiro, efetuada pelo médico Roberto Farina em 1971 em São Paulo. O fato ganhou destaque não tanto pela natureza da cirurgia, mas pelas proporções judiciais que tomou, sendo o médico condenado pelo delito de “lesões corporais”. Após alguns anos, com a conclusão da Justiça de que a cirurgia era a única alternativa para aplacar o sofrimento do paciente, o médico finalmente foi absolvido (SEGATTO, 2002). Conforme destaca Leite Júnior (2008), o processo de Roberto Farina evidenciou o quanto naquela época o conceito de transexualidade era recente e relacionado à homossexualidade, que era abominada tanto pela acusação quanto pela defesa.

Mas o acontecimento que realmente popularizou no Brasil o conhecimento sobre a existência de pessoas transexuais, foi a exposição midiática de um caso específico de transexualidade. Trata-se de Roberta Close, uma mulher transexual e modelo fotográfico que na década de 1980, devido à “perfeição” de seus traços femininos, teve sua imagem muito explorada, especialmente por programas televisivos.

No momento de maior exposição, Roberta Close chegou inclusive a ser destaque de capa de duas edições da revista *Playboy*⁵. A edição do mês de maio de 1984 trazia uma foto da modelo, sob a qual se lia a seguinte inscrição: “Incrível: As fotos revelam por que Roberta Close confunde tanta gente!”. A edição do mês de julho do mesmo ano teve novamente uma foto da modelo, sobre a qual se lia: “Extra! Atendendo a pedidos. Novas fotos do fenômeno Roberta Close”.

Essas chamadas para o “fenômeno Roberta Close” lembram a cultura de espetacularização do estranho e anormal do século XIX mencionada por Leite Júnior (2007). Segundo o autor, tratava-se de um negócio extremamente lucrativo e que deu origem aos *freak shows*, espetáculos em que são apresentados para apreciação pública

⁵ Revista de periodicidade mensal publicada pela Editora Abril e destinada ao chamado público “masculino”. Estou chamando de destaque de capa, as fotos menores que aparecem ao lado da foto principal de uma “celebridade” feminina que é a “capa” da revista.

os mais diversos tipos de coisas com alguma característica estranha ou bizarra. No caso de seres humanos, a exposição da mulher barbada, do menino crocodilo ou do homem elefante. A diferença entre as duas situações, é que não há nenhuma característica estranha ou bizarra em Roberta Close, mas algo que “confunde”.

Já diminuído o impacto do “fenômeno”, em 1997, aproximadamente duas décadas após o processo de Roberto Farina, o Conselho Federal de Medicina (CFM) emitiu a Resolução 1.482/97 que aprovava e regulamentava a realização das chamadas “cirurgias de transgenitalização”. Essa Resolução vigorou até 2002 quando foi revogada pela Resolução 1.652/2002, que trouxe algumas alterações. Por sua vez, em 2010 a Resolução 1.652/2002 também foi revogada, passando a vigorar a partir de então a Resolução 1955/2010.

Em 2008, por meio da Portaria 1.707/2008, o Ministério da Saúde instituiu que as cirurgias de transgenitalização fossem custeadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Na mesma ocasião, a Secretaria de Atenção à Saúde emitiu a Portaria 457/2008 que traz as regulamentações de tratamento da transexualidade pelo SUS. Os principais conteúdos dessas Portarias e das Resoluções supracitadas serão detalhados em outra parte desse trabalho.

Atualmente as práticas de atenção à saúde de pessoas transexuais no Brasil são realizadas por diversos serviços assistenciais vinculados às universidades públicas. Conforme a Portaria 457/2008⁶, quatro unidades foram habilitadas para realizar a cirurgia de transgenitalização pelo SUS, sendo definidas como Unidades de Atenção Especializada no Processo Transexualizador. Essas unidades são: o Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); o Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG) (BRASIL, 2012h).

III – Perguntas e objetivos da pesquisa

Considerando que as mobilizações da STP 2012 estão acontecendo em várias partes do mundo, a pergunta central dessa pesquisa é: como a campanha pela

⁶ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html. Acesso em: 18/09/2011

despatologização da transexualidade está ocorrendo no Brasil? Na tentativa de responder a essa questão, o objetivo da pesquisa é situar o debate sobre a despatologização da transexualidade no Brasil analisando seus campos discursivos.

Para cumprir com esse objetivo, por um lado, procuro identificar quem são os atores envolvidos na campanha e investigar como os mesmos estão produzindo o debate, tentando esclarecer que tipos de mobilizações têm sido feitas e quais são as suas principais reivindicações. Por outro lado, busco identificar e analisar os conhecimentos que fundamentam os discursos pela despatologização e quais outros discursos se contrapõem a essa perspectiva.

No Brasil, conforme foi mencionado no tópico anterior, em 2008 o Ministério da Saúde instituiu que as cirurgias de transgenitalização fossem custeadas pelo SUS. Diante do argumento corrente de que a despatologização possa vir a comprometer esse benefício, surge a hipótese de que os interesses das próprias pessoas transexuais podem colidir com os de outros discursos, uma vez que precisam defender e assegurar esse direito já conquistado de atendimento pelo SUS.

Diante disso, emergem outras questões: o que propõe o movimento pela despatologização da transexualidade em relação à assistência médica para as pessoas transexuais? Numa eventual despatologização da transexualidade, que estratégias são articuladas para se evitar um possível recuo do Estado na oferta de procedimentos que atendam às necessidades das pessoas transexuais?

Em síntese, é a partir dessas perguntas e objetivos que essa pesquisa busca responder como a campanha pela despatologização da transexualidade está acontecendo no Brasil, em termos de suas dinâmicas e seus discursos.

IV – Procedimentos metodológicos

Quanto aos procedimentos metodológicos, foi feita uma revisão bibliográfica no que se refere às discussões sobre transexualidade e identidades de gênero, assim como leituras do que vem sendo produzido pela campanha de despatologização, como artigos científicos e postagens em *sites*. A partir de palavras-chave como transexualidade, transexualismo, redesignação sexual, mudança de sexo, despatologização da transexualidade etc., realizei busca nos bancos de teses e dissertações, nos portais de periódicos acadêmicos (Capes, Scielo, Bireme, etc.), assim como em *sites* de procura,

como o Google, trabalhos que abordam a transexualidade a partir das perspectivas de patologia ou de identidade.

A seleção dos textos foi feita pelos títulos, pelos resumos e também pela área de conhecimento na qual o texto foi produzido. Pôde-se verificar nessas buscas que a grande produção no momento se dá na área do Direito, abordando principalmente questões referentes ao registro civil e direitos de família. Em seguida, vem a Saúde Coletiva com trabalhos sobre a transexualidade no âmbito da saúde pública no Brasil. Por fim, as Ciências Sociais com discussões sobre identidade e direitos, assim como a Psicologia e a Psicanálise analisando aspectos subjetivos da transexualidade.

O que se constitui como dados dessa pesquisa veio de fontes diversas. De forma geral, busquei captar os diversos discursos em torno do debate da despatologização, o que me levou a localizar algumas vozes que se tornaram relevantes para a aplicação de outra técnica de pesquisa que foi a entrevista aberta. Assim, foram realizadas entrevistas com três pessoas que lidam com o tema da transexualidade, estando de alguma forma, envolvidas com a questão da despatologização. A primeira entrevista foi com a professora Berenice Bento que é socióloga. A segunda foi com uma ativista do movimento transexual, que será chamada de “Entrevistada 2”. Já a terceira, foi com uma psicóloga de um programa que realiza o processo transexualizador pelo SUS, que será chamada de “Entrevistada 3”. A decisão de revelar o nome da professora Berenice Bento foi tomada junto à orientação pelo motivo de que se trata de uma pessoa central no debate.

Outra fonte de dados é o relatório do seminário “Transexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde”, evento promovido pela CCR - Comissão de Cidadania e Reprodução e realizado em março de 2010 em São Paulo. Foi um evento que contou com a participação de representantes da academia, do movimento social, além de médicos e advogados. Esta parte das informações trato como análise documental e muitos trechos de falas utilizados na presente pesquisa são oriundos de exposições e debates realizados nesse evento, devidamente referidos.

Outros dados - reportagens, entrevistas, filmes e informações sobre eventos - foram colhidos através da internet, que se constituiu num importante recurso metodológico para essa pesquisa.

Como os objetivos da pesquisa se constituem em análises de campos discursivos, aproprio-me da interpretação de Neville Santos em relação à abordagem do discurso feita por Foucault, por considerá-la propícia na condução da discussão aqui empreendida. A partir da proposição foucaultiana de que um sujeito social se constitui por meio do discurso, o autor elabora seu entendimento de discurso como a construção e representação linguística do mundo social que, dentro de um contexto de significação, é imposta por um indivíduo ou grupo na sua relação com os outros. Nessa abordagem, o discurso e o sujeito se constroem numa relação de interdependência. Assim, compreender a construção do discurso leva à constituição do próprio sujeito social, que produz o discurso a partir de um lugar na sociedade, de uma posição específica na estrutura social (SANTOS, 2010).

V – Plano da dissertação

Considerando a atualidade do debate pela despatologização da transexualidade, essa pesquisa se conduziu da seguinte forma. No primeiro capítulo, “A transexualidade pelos saberes oficiais”, são analisados textos em que a transexualidade é tratada como patologia. Em relação ao posicionamento da medicina, são descritos de forma pormenorizada os critérios diagnósticos dos catálogos internacionais, CID 10 e DSM-IV. Também são analisados textos produzidos por autores da área da psicologia e da abordagem psicanalítica.

O segundo capítulo, intitulado “A transexualidade por outros saberes”, é reservado aos estudos que se contrapõem à perspectiva de patologia. A abordagem é feita a partir de trabalhos que problematizam noções como o gênero, o sexo e a sexualidade. O propósito é mostrar qual é o posicionamento dessa vertente em relação às identidades, aos corpos e principalmente quais são os argumentos desse ponto de vista. São analisados trabalhos produzidos no âmbito dos estudos de gênero e sexualidade nas ciências sociais, assim como alguns textos da produção feminista.

Já o terceiro capítulo, “Transexualidade e cidadania”, trata de alguns aspectos que envolvem a construção da cidadania das pessoas transexuais no Brasil contemporâneo. O objetivo é analisar o posicionamento do Estado diante das demandas das pessoas transexuais, destacando principalmente os fatores que dificultam ou interditam a implementação das ações propostas.

Por fim, o quarto capítulo, que tem como título “Despatologização da transexualidade no Brasil”, desenvolve uma discussão acerca da questão da despatologização da transexualidade, apresentando os atores e as dinâmicas da campanha pela despatologização da transexualidade. O objetivo é analisar discursos que envolvem o debate, tentando identificar em quais conhecimentos se embasam.

CAPÍTULO 1

A TRANSEXUALIDADE PELOS SABERES “OFICIAIS”

O corpo de conhecimentos científicos acerca da transexualidade se configura pela hegemonia de estudos nas áreas da medicina e das chamadas ciências *psi*, que incluem a psicanálise, a psicologia e a psiquiatria⁷. Essa configuração confere a essas áreas, especialmente à medicina, o *status* de saber “oficial” em relação à transexualidade. Essas ciências consideram a transexualidade como uma patologia e abordam principalmente questões relacionadas à etiologia, critérios diagnósticos e procedimentos terapêuticos.

Entretanto, é preciso relativizar os posicionamentos da psicanálise e da psicologia, tendo em vista o crescente número de pesquisadores dessas áreas que vem problematizando a patologização da transexualidade. Porém, conforme se verá nesse capítulo, há de fato psicanalistas e psicólogos que produziram seus estudos ancorados na ideia de patologia, sendo que alguns deles são grandes referências das suas áreas de pesquisa na abordagem da transexualidade.

Assim, conforme as análises de Bento (2006), a apreensão da transexualidade como patologia se dá fundamentalmente a partir de dois eixos teóricos, sendo um com base na estrutura biológica e o outro de orientação psicanalítica. O primeiro se apóia nas teorias do endocrinologista Harry Benjamin, enquanto que o segundo é representado pelos estudos do psicanalista Robert Stoller.

No entanto, essas são apenas tendências gerais. Segundo Leite Júnior (2008), dentre os autores que estudou para a sua tese de doutorado, dentre eles médicos endocrinologistas, cirurgiões plásticos, psiquiatras, psicólogos ou psicanalistas, nenhum se afastava completamente do fator orgânico ou ignorava a relevância do psiquismo, seja em relação às causas, desenvolvimentos, conseqüências e expectativas de tratamento da transexualidade.

1.1 - A transexualidade “biológica” de Harry Benjamin

⁷ Conforme foi dito no tópico dos procedimentos metodológicos, atualmente também o Direito tem produzido muitos trabalhos abordando a transexualidade.

São as proposições teóricas de Harry Benjamin que, em grande parte, vão constituir as bases diagnósticas do “transexual verdadeiro” da medicina. Benjamin defendia uma determinação biológica para os gêneros e acreditava que o sexo era composto de vários outros sexos: o genético, o gonádico, o fenotípico, o psicológico e o jurídico. De acordo como esse pensamento, assim como o sexo (XX ou XY), o gênero (mulher ou homem) teria sua origem no sexo genético, ao passo que o comportamento sexual (sexualidade) seria definido pelo sexo gonádico. Este, por sua vez, seria composto pelo sexo endocrinológico e pelo sexo germinal, que serve exclusivamente à procriação (BENTO, 2006).

Dentre todos esses “sexos” que compõem o sexo, o psicológico é considerado por Benjamin como o mais flexível, podendo ocorrer inclusive em oposição aos demais. Entretanto, essa flexibilidade não seria um bom sinal, pois qualquer nível de deslocamento entre os “sexos” indicaria um mau funcionamento, enquanto que o ajuste entre todos seria sinônimo de “normalidade”. É nesse ponto que a transexualidade é concebida como enfermidade, pois é caracterizada pela oposição do sexo psicológico em relação aos demais⁸.

Além de estabelecer explicações etiológicas para a transexualidade, Benjamin também se ocupou em definir as suas características, assinalando que “transexualismo” era diferente de “travestismo” e “homossexualismo”. Ele se dedicou então a elaborar uma tabela de classificação do que seriam níveis de desvio sexual e de gênero, chegando à seguinte tipologia: pseudotravesti masculino; travesti fetichista masculino; travesti autêntico, transexual não cirúrgico; transexual verdadeiro de intensidade moderada; e transexual verdadeiro de alta intensidade⁹.

A partir dessa classificação, Benjamin enumerou o que entendia como características específicas de um “transexual verdadeiro”. Tais características seriam a insistência em se considerar uma “mulher em corpo de homem”; o repúdio e até mesmo o ódio em relação à própria genitália; uma necessidade urgente de transformar o corpo, no sentido de adequá-lo ao corpo considerado legítimo ao gênero identificado; e uma profunda angústia ou infelicidade diante da sua condição de transexual (LEITE JÚNIOR, 2008).

⁸ Ibidem.

⁹ Ibidem.

Uma vez estabelecidas as causas e as características diagnósticas, o passo seguinte é a proposta de tratamento. Benjamin a fez com base na tese central de sua teoria, a de que a discordância entre sexo físico e psicológico que caracteriza a transexualidade é fruto de uma variação biológica. Assim, ao contrário dos psiquiatras e psicanalistas da época, ele era a favor das cirurgias de transgenitalização, pois, devido à natureza física do problema, a única alternativa terapêutica eficaz seria a realização de procedimentos somáticos, uma vez que nenhum tipo de intervenção psicoterápica seria capaz de eliminar a identificação com o sexo oposto. Do ponto de vista de Benjamin, as intervenções corporais seriam uma forma de harmonizar o sexo físico ao psicológico (MURTA, 2011).

Sem dúvida alguma, Benjamin produziu teses que foram muito influentes no processo de construção da diagnose de transexualidade. A ênfase na estrutura biológica foi a marca de sua teoria, sendo que seu ponto de vista foi seguido inclusive por pesquisadores de outras áreas, como é o caso do psicólogo Gerald Ramsey, que terá algumas de suas ideias expostas a seguir.

No livro intitulado *Transexuais: perguntas e respostas*, Ramsey se propõe basicamente a responder uma série de perguntas sobre a transexualidade. Segundo ele, as perguntas são oriundas de conversas que teve ao longo de vinte anos de trabalho, tanto com pessoas transexuais, quanto com pessoas que conviviam com elas.

Em todo o livro, Ramsey deixa muito clara a sua posição de que a transexualidade é uma enfermidade biológica. Em suas palavras, “o fenômeno transexual é, no mínimo, um defeito físico congênito” (RAMSEY, 1998, p. 159). O autor sustenta seu ponto de vista afirmando que as pessoas transexuais não podem ser consideradas como “normais”, pois, “dizer que um transexual – ou alguém que tem fenda palatina ou um defeito congênito de coração – não tem anomalia alguma, é pura ilusão” (RAMSEY, 1998, p. 48).

Ramsey postula uma etiologia cromossômica para a transexualidade, dizendo acreditar que pesquisadores genéticos e neurocerebrais ainda encontrarão a base biológica da condição transexual. Quanto ao futuro do tratamento de pessoas transexuais, ele afirma que alguns pesquisadores teóricos preveem

[...] o dia em que a ciência nos vá fornecer respostas genéticas e/ou desenvolvimentais para esta séria incapacidade, permitindo uma resolução antes que o defeito de nascimento emerja – em outras

palavras, prevenindo ou intervindo antes que o desenvolvimento defeituoso se dê no feto ou na criança (RAMSEY, 1998, p. 154).

Ainda sobre tratamento, Ramsey se posiciona a favor das cirurgias de transgenitalização, mas adverte que a decisão de realizá-las deve ser muito bem analisada. Para ele, é necessário que o diagnóstico seja rigoroso, sendo feito por um psicoterapeuta diplomado e experiente que realize uma exaustiva avaliação, que vai desde um histórico completo do caso, até testes psicológicos e extensas séries de entrevistas ou sessões terapêuticas.

Outra tese defendida por Ramsey, é que uma pessoa transexual seria tipicamente assexuada. Nesse caso, uma libido extremamente alta indicaria que a pessoa não é de fato transexual. Uma mãe, no entanto, o questiona sobre o fato de sua filha transexual ser “obcecada” por sexo. Ramsey vai respondê-la dizendo que, embora uma pessoa transexual possa expressar um interesse intenso por questões relacionadas aos papéis sexuais ou à sexualidade em geral, ela costuma ter pouco “impulso” para procurar contatos sexuais. O autor reafirma que um alto desempenho sexual, seja com parceiro, seja em masturbação, coloca em dúvida se a pessoa é realmente transexual.

Outro ponto a ser destacado se refere ao objetivo de sua obra em questão. Embora o próprio Ramsey diga que sua intenção não é dizer às pessoas transexuais e às suas famílias exatamente o que devem fazer, o que se percebe é que muitas de suas respostas têm um caráter orientador, pra não dizer normalizador. Diante da pergunta, “o meu pai agora é mulher, com roupa e tudo. Isto significa que eu também vou virar uma menina?”, Ramsey sugere a seguinte resposta:

“Sim, o papai está virando mulher. O papai tinha uma coisa quebrada quando nasceu, e os médicos agora estão consertando”. No caso de a criança ser um menino, eu aplacaria quaisquer dúvidas que pudesse ter acerca de si, dizendo: “Você é um menino e vai virar um homem. Não está quebrado, e os médicos não vão ter de consertar nada em você. Você está ótimo exatamente do jeito é”. Concluiria lembrando à criança que ambos os pais a amam (RAMSEY, 1998, p. 64).

Segundo o autor, essa pergunta partiu de um garoto de sete anos. Obviamente que a resposta a uma pergunta desse tipo deve ser honesta e ao nível de compreensão da criança, conforme lembra o autor. Porém, essa sugestão de resposta foi formulada a partir de um princípio de normalidade, tanto por considerar a transexualidade como um desvio, como uma “coisa quebrada”, quanto por entender que o único caminho possível para um menino é “virar homem”.

Ademais, qual é a base para um psicoterapeuta afirmar para uma criança que ela não vai vivenciar a experiência transexual, que ela não vai precisar ser “consertada”? Não é compreensível de onde parte essa garantia. Aparece também na resposta sugerida pelo autor, a família idealizada, o filho e ambos os pais que o amam. O que se nota, é que Ramsey formulou essa resposta a partir de sua afirmação de que “entender e aceitar a transexualidade já é difícil o bastante para adultos maduros (RAMSEY, 1998, p. 64).

Essas são, portanto, algumas das proposições de Gerald Ramsey, um seguidor da vertente teórica fundada por Benjamin. Se essa vertente buscou na biologia uma compreensão para a transexualidade, outras vão recorrer a uma explicação com base na constituição psíquica, como é o caso do psicanalista Robert Stoller, que terá algumas de suas principais ideias apresentadas a seguir.

1.2 - “A experiência transexual” de Robert Stoller

O nome do psicanalista Robert Stoller é muito recorrente nas referências de estudos sobre a transexualidade a partir de um referencial psíquico. Considerando a transexualidade como uma distorção no desenvolvimento da masculinidade ou feminilidade, esse autor buscava esclarecer principalmente a etiologia da transexualidade, tendo estudado predominantemente crianças que do ponto de vista biológico são consideradas homens, às quais ele chama de menino transexual. Com a finalidade de facilitar a leitura, utilizarei o mesmo termo do autor ao discorrer sobre sua teoria.

Em seu livro *A experiência transexual*, Stoller sustenta a tese de que, assim como a masculinidade e a feminilidade, a transexualidade é fruto da psicodinâmica familiar vivida pela pessoa em seus primeiros anos de vida, fase na qual se desenvolvem as raízes fundamentais e aparentemente estáveis da identidade sexual. Dessa forma, se a psicodinâmica familiar favorecer o desenvolvimento da transexualidade, o menino, desde muito pequeno, já demonstrará sentir-se ou interessar-se em ser do sexo feminino (STOLLER, 1982).

Mas, qual seria a psicodinâmica familiar essencial para a produção de uma identidade transexual? Para Stoller, a etiologia da transexualidade advém de uma psicodinâmica familiar marcada por uma forte relação simbiótica entre mãe e filho, situação que impossibilitaria o estabelecimento do complexo de Édipo, visto que se trata

de uma relação que não permite a interdição paterna. Entretanto, fatores isolados não produziriam uma identidade transexual. Nenhum menino se torna transexual,

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

A instauração da relação simbiótica entre mãe e filho depende, segundo Stoller, de qualidades específicas de ambos. A mãe teria desenvolvido em sua infância um forte traço de masculinidade, que mesclado à sua feminilidade, lhe confere uma condição bissexual. Aliada à bissexualidade estaria uma forte inveja do pênis, que segundo o autor, “provavelmente, é excedida apenas pela daquelas mulheres que, sendo francamente transexuais, pedem que seus corpos sejam mudados pela remoção dos ovários, útero, seios e vagina, e a construção de um pênis” (STOLLER, 1982, p. 43).

A personalidade da mãe de um menino transexual conteria ainda mais uma característica essencial. Essa característica seria uma depressão crônica oriunda da psicodinâmica entre ela e seus pais. Sua mãe teria sido distante e vazia, mas mesmo assim poderosa e incapaz de manifestar qualquer afeição. Já o pai, apesar de mais próximo e lhe oferecer alguma esperança de conforto, também lhe teria causado desapontamento, seja pela rejeição, ou pela ausência vinda de uma separação ou da morte. Nesse ponto, Stoller lança uma nota de rodapé na qual se lê: “Aprendi que somente se estudarmos três gerações – o paciente, seus pais, e seus avós – é que a etiologia aparece claramente” (STOLLER, 1982, p. 41).

Dessa maneira, estando essa mãe provida de necessidades inconscientes em virtude de sua bissexualidade e depressão, ela elegerá o filho como o falo que sempre desejou. Assim, o filho será para ela tanto a cura de seu estado de solidão, tristeza e desesperança oriundo da relação infeliz que teve com seus pais, quanto o pênis que irá solucionar o seu sentimento de inferioridade por não ser homem.

Da parte do menino, a qualidade essencial é que ele seja belo. A mãe, maravilhada por essa beleza, passa então a adorá-lo, criando expectativas de que ele irá preencher as suas necessidades. Para isso, não mede esforços para fortalecer a proximidade entre ela e o filho. Quando o filho, por sua vez, retribui tal adoração dando

à mãe o que ela deseja, instala-se a simbiose excessiva, “onde os dois estão tão pertos que, a mãe trata seu filho como uma parte de seu próprio corpo e a criança, por sua vez, considera-se como sendo parte do corpo dela: mulher” (STOLLER, 1982, p. 46).

Stoller desenvolveu suas teses com base na ideia de bissexualidade e de um “núcleo da identidade genérica, a primeira e fundamental sensação de que uma pessoa pertence a seu sexo” (STOLLER, 1992, p. 33). A feminilidade e a masculinidade desenvolveriam a partir desse núcleo, sendo que no caso da transexualidade, haveria por parte da mãe um encorajamento ao crescimento dos núcleos de feminilidade do filho, por aprovar e até incentivá-lo a se comportar como uma menina. Por outro lado, qualquer vestígio de masculinidade seria combatido, sendo que a masculinidade do próprio pai seria desconhecida pelo filho.

Assim, a feminilidade só se desenvolve porque a masculinidade foi totalmente suprimida ainda na infância, pela inexistência do complexo de Édipo. Dessa maneira, Stoller acredita que a situação possa ser revertida, desde que a intervenção de “cura” seja efetuada o mais cedo possível. A proposta de “cura” do autor, é que o menino seja o quanto antes encaminhado a um terapeuta homem, para que ao se identificar com a masculinidade do terapeuta, abandone as atitudes femininas e incorpore as tipicamente masculinas, o que constituiria um complexo de Édipo “terapeuticamente induzido” (STOLLER, 1982, p. 101).

Como uma forma de provar que sua proposta de “cura” da transexualidade tinha fundamento, Stoller apresenta o que seria os resultados de suas intervenções:

Durante os quase quatro anos de tratamento, o paciente mudou de uma orientação totalmente feminina e um desejo de tornar-se mulher, para uma existência consideravelmente mais masculina. À medida que começou a identificar-se com o terapeuta, a tornar-se mais masculino em roupas e aparência, temas de agressão, vingança e ferimento, predominavam em suas fantasias; ele tornou-se mais consciente de seu pênis, e sua feminilidade foi desaparecendo gradualmente. Ele, agora, adora contar ao terapeuta, histórias de “terror”, nas quais aparecem temas de violência. Por exemplo, num tema favorito tirado de um filme de propaganda e redesenhado pelo paciente, mulheres bonitas são torturadas e raptadas por homens brutais. O paciente identifica-se com “um dos homens que as amarrou e abusou delas”. Dessa forma, finalmente, achamos que estamos começando a ter vislumbres de um complexo de Édipo. Ainda assim, embora tenha conscientemente renunciado à feminilidade, ele é efeminado em gestos e em aparência. O resultado final permanece duvidoso. Sentimos que agora é capaz de crescer como um homossexual – ou seja, um homem que se reconhece como tal, que deseja permanecer masculino e gosta de seu pênis – e não como um transexual. (STOLLER, 1982, p. 104).

Como se pode observar nessa descrição, a masculinidade renegada pelo menino transexual e que Stoller se propõe a estabelecer pelo complexo de Édipo “terapeuticamente induzido”, se relaciona com temas de agressão, violência e vingança. Conforme foi ressaltado, o menino só começou a fantasiar atitudes ligadas a esses temas a partir do momento que passou a se identificar com o terapeuta, que ocupava nada mais nada menos que o lugar de representante da masculinidade ideal.

Outra observação refere-se ao comentário feito pelo autor no final do trecho, que lembra muito o sistema hierárquico de valor sexual discutido por Rubin (1989). Segundo a autora, as sociedades ocidentais avaliam as condutas sexuais com base numa escala hierárquica de valor sexual. No topo da pirâmide estaria a heterossexualidade, tida como a referência de comportamento sexual. Em seguida, viriam as demais categorias, dispostas de acordo com o grau de proximidade com essa referência. Nesse sistema valorativo, quanto mais uma conduta sexual se afastar da referência, mais sujeita estará às sanções sociais.

Ao dizer que após a intervenção terapêutica, o menino em questão seria capaz de crescer como um homossexual e não mais como um transexual, o autor parece considerar essa situação como uma “solução” razoável, uma vez que o resultado final ainda era duvidoso. O resultado esperado seria a heterossexualidade, mas como o menino continuava “efeminado em gestos e aparência”, a homossexualidade aparece como a alternativa mais viável, uma vez que em relação à transexualidade, ocuparia um lugar mais próximo da heterossexualidade na pirâmide de valorização sexual.

Como se evidencia, a “cura” da transexualidade apresentada por Stoller tem um propósito normalizador, que se constitui na condução do menino à heterossexualidade. Isso mostra que, embora Stoller faça a diferenciação entre gênero e sexualidade, a heterossexualidade é o referencial para pensar a transexualidade como um desvio no desenvolvimento da feminilidade ou masculinidade. Em várias partes de *A experiência transexual*, ele utiliza o termo “infelizmente” para se referir a situações em que a feminilidade se desenvolveu em meninos, ou a situações em que meninos tiveram a masculinidade impossibilitada em virtude dos atos de seus pais.

Por outro lado, o próprio Stoller admitiu falhas em sua proposta de tratamento, dizendo não haver de fato nenhuma comprovação de que a identificação do menino com um homem é parte essencial do tratamento. Ademais, a sua proposta de tratamento

envolve a participação dos pais, ou pelo menos da mãe. Assim, não se tem controle da situação na qual apenas a criança é tratada.

De forma geral, Stoller considera que as propostas de tratamento para a transexualidade ainda apresentam muitos problemas, se constituindo em tentativas de encontrar o melhor tratamento. Em relação ao tratamento de pessoas transexuais adultas, Stoller é a favor das modificações corporais, incluindo a cirurgia de transgenitalização, mas com o devido cuidado de que a diagnose seja corretamente estabelecida. No entanto, não hesita em afirmar que o tratamento de pessoas transexuais adultas é paliativo.

Outra tarefa à qual Stoller se dedicou em suas pesquisas, diz respeito ao estabelecimento de uma definição precisa do que seria uma pessoa transexual. Dessa maneira, propôs a ideia de transexuais primários e secundários. Os primeiros seriam as pessoas que relatam vivenciar a experiência transexual desde a infância remota, enquanto que os segundos seriam as pessoas que passaram a vivenciar tal experiência já na fase adulta.

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

Ademais, assim como Benjamin, Stoller se ocupou em diferenciar a transexualidade de “travestismo” e “homossexualismo”. No entanto, em relação ao último, só considerou a quem ele chama de homossexual efeminado. Do seu ponto de vista, a principal diferença está no fato de que na transexualidade os sujeitos não resguardam nenhum elemento de masculinidade, enquanto que nas outras duas situações, os sujeitos conservam algo de suas masculinidades, principalmente por não rejeitarem o principal elemento masculino que é o pênis.

O que se sabe, é que muito do que foi produzido por esses autores, especialmente em relação a características definidoras, se constitui a base dos diagnósticos de transexualidade das atuais versões dos manuais internacionais de

transtornos mentais. Algumas das principais formulações desses manuais serão expostas no tópico seguinte.

1.3 - A transexualidade nos manuais de transtornos mentais

Em termos de diagnose, a concepção de transexualidade é expressa através de definições codificadas nos manuais de transtornos mentais, a CID-10 e o DSM-IV. Serão apresentadas a seguir as definições diagnósticas dos dois manuais, assim como os indicadores diagnósticos prescritos pelo DSM-IV.

Em se tratando da CID-10, o seu objetivo é padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. Não se trata de um manual que fornece indicadores diagnósticos, mas as características das doenças. Sob o código F64.0, a transexualidade é considerada pela CID -10 como um transtorno da identidade sexual, sendo classificada como “Transexualismo” e definida nos seguintes termos:

Trata-se de um desejo de viver e de ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. Este desejo se acompanha em geral de um sentimento de mal estar ou de inadaptação por referência ao seu próprio sexo anatômico e do desejo de submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado (CID – 10).

Se a CID-10 fornece uma definição tão sintetizada acerca da condição transexual, o DSM-IV é muito mais detalhado. Esse manual classifica a transexualidade como “Transtorno da Identidade de Gênero” (TIG) e estabelece o diagnóstico a partir da presença simultânea de dois componentes:

Deve haver evidências de uma forte e persistente identificação com o gênero oposto, que consiste no desejo de ser, ou a insistência do indivíduo de que ele é do sexo oposto (Critério A). Esta identificação com o gênero oposto não deve refletir um mero desejo de quaisquer vantagens culturais percebidas por ser do outro sexo. Também deve haver evidências de um desconforto persistente com o próprio sexo atribuído ou uma sensação de inadequação no papel de gênero deste sexo (Critério B) (DSM-IV, 2002, p. 547).

O DSM-IV especifica ainda mais dois critérios diagnósticos, os Critérios C e D. O primeiro estabelece que mediante ambiguidade física na genitália, a chamada condição intersexual, uma pessoa não pode ser diagnosticada com TIG. Já o segundo, prescreve que para a realização do diagnóstico, deve “haver evidências de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo” (DSM-IV, 2002, p. 548).

Quanto aos indicadores diagnósticos, vale ressaltar que o DSM-IV os prescreve com base numa suposta coerência entre gênero e sexo biológico e de forma distinta entre adultos e crianças. Para os adultos, com exceção de algumas especificações para os homens, tais características são as mesmas para os dois gêneros. Já no caso infantil, as características são detalhadamente delineadas de acordo com o gênero. Assim, para meninos, traz a seguinte descrição:

Em meninos, a identificação com o gênero oposto é manifestada por uma acentuada preocupação com atividades tradicionalmente femininas. Eles podem manifestar uma preferência por vestir-se com roupas de meninas ou mulheres ou improvisar esses itens a partir de materiais disponíveis, quando os artigos genuínos não estão à sua disposição. Toalhas, aventais e lenços frequentemente são usados para representar cabelos longos ou saias. Existe uma forte atração pelos jogos e passatempos estereotípicos de meninas. Pode ser observada uma preferência particular por “brincar de casinha”, desenhar meninas bonitas e princesas e assistir televisão ou vídeos de suas personagens femininas favoritas. Bonecas estereotipicamente femininas, tais como Barbie, com frequência são seus brinquedos favoritos, e as meninas são suas companhias preferidas. Quando brincam de casinha, esses meninos encenam figuras femininas, mais comumente “papéis de mãe”, e habitualmente ocupam sua fantasia com figuras femininas. Esses meninos evitam brincadeiras rudes e esportes competitivos e demonstram pouco interesse por carrinhos ou caminhões ou outros brinquedos não agressivos, porém estereotipicamente masculinos. Eles podem expressar um desejo de serem meninas e declarar que, quando crescerem, serão mulheres. Pode haver, também, uma insistência em urinar sentados e em fingir que não possuem pênis, escondendo-o entre as pernas. Mais raramente, os meninos com Transtorno da Identidade de Gênero podem afirmar que têm aversão por seu pênis ou testículos, que desejam removê-los ou que têm, ou desejam ter, uma vagina (DSM-IV, 2002, p. 548).

Na mesma linha de raciocínio se situam as características diagnósticas de TIG para meninas, as quais o DSM-IV descreve da seguinte forma:

As meninas com Transtorno da Identidade de Gênero apresentam reações negativas intensas às expectativas ou tentativas dos pais de que se vistam com roupas femininas. Algumas podem recusar-se a comparecer à escola ou a eventos sociais em que essas roupas são exigidas. Elas preferem roupas de menino e cabelos curtos e com frequência são erroneamente identificadas por estranhos como meninos; elas também podem pedir aos outros que as chamem por nomes masculinos. Seus heróis de fantasia são, com maior frequência, figuras masculinas poderosas, tais como Batman ou Super-Homem. Essas meninas preferem brincar com meninos, e com eles compartilham interesses em esportes de contato, brincadeiras rudes e jogos tradicionalmente masculinos. Elas demonstram pouco interesse por bonecas ou por qualquer forma de roupas ou atividades femininas de faz de conta. Uma menina com este transtorno pode recusar-se,

ocasionalmente, a urinar sentada. Ela pode afirmar que tem ou terá um pênis e não desejar desenvolver seios ou menstruar. Ela pode declarar que quando crescer será um homem. Essas meninas tipicamente revelam acentuada identificação com o gênero oposto em brincadeiras, sonhos e fantasias (DSM-IV, 2002, p. 548).

Em se tratando de pessoas adultas, o DSM-IV estabelece as seguintes características diagnósticas de TIG:

Os adultos com Transtorno da Identidade de Gênero preocupam-se com seu desejo de viver como um membro do sexo oposto. Esta preocupação pode manifestar-se como um intenso desejo de adotar o papel social do sexo oposto ou adquirir a aparência física do sexo oposto por meio de manipulação hormonal ou cirúrgica. Os adultos com este transtorno sentem desconforto ao serem considerados ou funcionarem, na sociedade, como um membro de seu sexo designado. Eles adotam, em variados graus, o comportamento, roupas e maneirismos do sexo oposto. Em sua vida privada, esses indivíduos podem passar muito tempo vestidos como o sexo oposto e trabalhando para que sua aparência seja a do outro sexo. Com roupas do sexo oposto e tratamento hormonal (e, para homens, eletrólise), muitos indivíduos com este transtorno podem passar-se convincentemente por pessoas do sexo oposto. A atividade sexual desses indivíduos com parceiros do mesmo sexo geralmente é limitada pelo fato de preferirem que os parceiros não vejam nem toquem seus genitais. Para alguns homens que apresentam o transtorno em uma idade mais tardia (frequentemente após o casamento), a atividade sexual com uma mulher é acompanhada pela fantasia de serem amantes lésbicas ou de que sua parceira é um homem e ele é uma mulher (DSM-IV, 2002, p. 548).

Segundo o DSM-IV, em pessoas na fase de adolescência, as características diagnósticas vão depender do nível de desenvolvimento da pessoa, podendo assemelhar-se às características de crianças ou às de pessoas adultas. Assim, os critérios devem ser aplicados de acordo com o quadro clínico.

Algumas observações são pertinentes diante do que foi exposto. Em primeiro lugar, nota-se que tanto a CID-10 quanto o DSM-IV operam com a ideia de generalidade, considerando a transexualidade a partir de um padrão rígido de características. Entretanto, muitos dos critérios e características diagnósticas apresentadas são questionáveis, uma vez que se trata de situações imprecisas ou de questões relacionadas ao contexto, à cultura.

Estou chamando de imprecisas, situações do tipo: “um sentimento de mal estar ou de inadaptação”; “uma sensação de inadequação”; e “sofrimento clinicamente significativo”. Situações dessa natureza são problemáticas para se pensar diagnóstico, pois não são mensuráveis. Na consulta clínica, estão no campo da subjetividade tanto de

quem fala, quanto de quem escuta. Porém, ao final das contas, prevalece sempre a interpretação do profissional.

Na descrição das características diagnósticas de TIG, o DSM-IV fala em “atividades tradicionalmente femininas” e “jogos tradicionalmente masculinos” como se não fossem situações contextuais. É como que onde se lê “tradicionalmente”, o sentido fosse “naturalmente”. Tradição é um elemento da cultura, do contexto, portanto, variável. A pergunta que fica é: como pode o fato de uma pessoa não seguir certas tradições culturais ser uma característica diagnóstica de TIG?

Quanto aos termos “estereotípicos” e “estereotipicamente”, não está claro o sentido em que foram empregados pelo DSM-IV. Podem trazer tanto a ideia de padronização, quanto a de uma concepção falsa. Entretanto, seja qual for o sentido, trata-se novamente de uma questão contextual. Não é feita nenhuma problematização, em nenhum momento se cogita que se fosse permitido e incentivado pela cultura, certamente que meninos brincariam com a boneca “Barbie” e meninas teriam o “Batman” como herói, sem que isso significasse indícios de TIG.

Fica muito evidente que a doença é socialmente produzida através do discurso de um determinado contexto. Verifica-se que o conjunto de características que definem a transexualidade nos dois manuais contém critérios baseados em situações do contexto contemporâneo, tais como as possibilidades de transformações corporais por meio de tecnologias disponíveis à medicina.

No caso da CID-10, um dos critérios diagnósticos é a manifestação de um “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”. No mesmo sentido, o DSM-IV estabelece como uma das características diagnósticas de pessoas transexuais adultas, o desejo de “adquirir a aparência física do sexo oposto por meio de manipulação hormonal ou cirúrgica”. Esses manuais certamente não incluiriam critérios ou características diagnósticas desse tipo, caso não houvesse possibilidades de realização desses procedimentos.

Essa situação parece condizente com o ponto de vista de Bernice Hausman, conforme citação de Arán e Murta (2009) apresentada na introdução desse trabalho. Sob esse ponto de vista, a transexualidade só pode ser entendida a partir de dois aspectos, o desenvolvimento tecnológico da medicina e o acordo efetuado entre médicos e pessoas

transexuais para possibilitar a cirurgia de transgenitalização. De um lado, os médicos desenvolvendo técnicas de transformações corporais sob a alegação de que a demanda por tais transformações caracteriza a própria transexualidade. De outro lado, as pessoas transexuais incorporando o discurso médico para terem, sobretudo, acesso às transformações corporais que desejam.

O que fica claro, é que diante da missão de definirem a transexualidade como uma condição passível de intervenção terapêutica, os médicos e cientistas recorreram a um discurso constituído de duas premissas: a discordância entre sexo e gênero como uma patologia; e o desejo de adequação entre sexo e gênero como um elemento especificador da experiência transexual. Foi nessa perspectiva que vários países criaram programas de assistência e legislações específicas às pessoas transexuais. Essas iniciativas consolidaram a concepção de transexualidade como patologia e da cirurgia de transgenitalização como o procedimento terapêutico indicado, estabelecendo uma relação direta entre essas duas condições (MURTA, 2011).

De forma geral, observa-se a presença de ideias defendidas por Benjamin e Stoller nas definições e características diagnósticas de transexualidade dos manuais de transtornos mentais. O sentimento de pertencimento ao gênero considerado oposto; o desejo por transformações corporais; o desconforto em relação ao sexo anatômico; e a preferência por coisas consideradas típicas do outro gênero, são algumas das proposições desses autores que compõem o discurso de patologização presente nos diagnósticos de transexualidade dos referidos manuais.

1.4 - O pensamento de alguns autores atuais sobre a transexualidade

Foi dito até agora que a perspectiva de conhecimentos que situa a transexualidade na condição de patologia se divide em duas vertentes, uma apoiada na biologia e outra de orientação psicanalítica. Foram apresentadas algumas proposições de Harry Benjamin e Robert Stoller, autores que representam respectivamente as duas vertentes. Serão apresentados a seguir os pensamentos de alguns autores que, embora conduzam seus trabalhos a partir de um referencial biológico ou psicanalítico, não se apresentam como seguidores de Benjamin ou Stoller e nem necessariamente consideram a transexualidade como patologia.

O psiquiatra Alexandre Saadeh, coordenador do Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Hospital das Clínicas de São Paulo da Universidade de São Paulo (USP), é um defensor do diagnóstico de “transexualismo”. Ele considera que o “transexualismo” deve ser diagnosticado e tratado como transtorno mental, embora admita a dificuldade em realizá-lo, especialmente porque ainda não se dispõe de critérios objetivos de avaliação, sendo feito com base na entrevista clínica (SAADEH, 2004).

Assim como Benjamin, Alexandre Saadeh acredita que a transexualidade tenha sua origem em fatores biológicos. Porém, ao contrário de Benjamin que buscava uma explicação genética, ele defende que a transexualidade seria fruto da ação de hormônios masculinos na fase de gestação. Numa entrevista de **Adriana Nazarian** para a revista *Joyce Pascowitch* e reproduzida no blog *Sexualizando*¹⁰, Saadeh expõe seu ponto de vista:

A principal teoria hoje é relacionada com o desenvolvimento do cérebro durante a gestação. É como se fosse uma má-formação decorrente dos hormônios masculinos que circulam no corpo da mãe durante a gravidez e, dependendo da fase, o cérebro vai desenvolver para um lado ou outro. A origem é química e gera uma estrutura funcional diferenciada. A noção de ser homem ou mulher acontece por volta dos 4 anos de idade. Nesse caso, mais uma vez tem a ver com questões biológicas, mas também com a estrutura familiar. Alguns fatos são marcantes no trabalho com transexuais, como um pai violento, ou a necessidade de complementar a mãe. Existem esses fatores psicológicos, porém a transexualidade não aconteceria se não houvesse a predisposição biológica. (NAZARIAN, 2011, s.p.).

Diante de tais afirmações, nota-se que a psiquiatria prossegue em seu esforço de esclarecer a etiologia da transexualidade. Contudo, tal etiologia só faz sentido se explicada a partir da ideia de desvio, de algo que não desenvolveu conforme deveria, ou nas palavras de Saadeh, “uma má-formação”. Embora leve em consideração a influência de fatores sociais, o que se destaca nessas afirmações é a ênfase na biologia, pois a transexualidade nem sequer aconteceria sem uma predisposição biológica.

Se a noção de pertencimento ao gênero masculino ou feminino acontece por volta de 4 anos de idade, conforme destaca Saadeh, é também nessa fase que se manifestariam os sinais de TIG. Porém, sinais de TIG não implicariam necessariamente

¹⁰ Disponível em: <http://blogsexualizando.blogspot.com.br/2011/04/cara-ou-coroa.html>. Acesso: 03/11/2012

em “transexualismo”, conforme declarou Saadeh em entrevista concedida a **Carolina de Andrade** e publicada pela *Folha de S. Paulo*¹¹ em novembro de 2012.

Pode ser que a criança esteja só brincando de assumir um papel, o que é comum entre os quatro e os seis anos, faz parte do desenvolvimento. Para constatar o transtorno é preciso que o comportamento ocorra por tempo prolongado. [...] Não é só o uso de roupas ou a criança se chamar por nome do outro gênero. Ela apresenta outros sinais: fica deprimida, irritada e agressiva se é obrigada a se comportar segundo o sexo anatômico. A necessidade de ser tratada como se fosse do outro gênero é constante. Muitas percebem que o comportamento incomoda os pais, aí o escondem. Os primeiros indícios surgem na infância, mas são raros os casos em que é claro desde o início se tratar de transexualismo. Nem toda criança com o transtorno fará cirurgia de mudança de sexo quando adulta. Mas todo transexual teve o transtorno. A criança deve ser avaliada por profissionais para evitar diagnósticos equivocados (ANDRADE, 2012, s.p.).

Em alguns pontos, o posicionamento de Saadeh guarda semelhança com o de outros autores já citados. Saadeh compartilha o ponto de vista de Stoller de que o TIG se manifesta desde a infância. Por outro lado, assim como Stoller e Ramsey, Saadeh é defensor do rigor no diagnóstico, entendendo que só deve ser realizado por profissionais. Quanto ao tratamento de TIG, Saadeh parece considerá-lo, apesar de propor outras alternativas, conforme sinalizou em outro trecho da reportagem: “Pais e profissionais devem ajudar a criança a vivenciar o transtorno e, se for o caso, superá-lo; se não, a vivenciá-lo de maneira integral, sem censura” (ANDRADE, 2012, s.p.).

Num sentido geral, os estudos de Saadeh mostram que a transexualidade continua sendo um objeto de interesse da psiquiatria, que se empenha em encontrar uma causa biológica para o fenômeno. Em sua tese de doutorado defendida em 2004, Saadeh apresenta vários estudos que procuraram explicar o TIG a partir de fatores hormonais ou alterações genéticas e/ou cromossômicas. São estudos que vão desde os que envolvem comportamento animal e evolução, até os que relacionam genética com dimorfismo cerebral (SAADEH, 2004).

Se por um lado esses estudos seguem direções diferentes, por outro apresentam um ponto em comum: a inconsistência de seus achados, a falta de evidências para sustentar suas hipóteses. Conforme afirmou Saadeh, “as pesquisas em busca de uma perspectiva biológica prosseguem, mas sem achados definitivos ou conclusivos sobre o assunto” (SAADEH, 2004, p. 55).

¹¹ Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1187730-transtorno-de-identidade-sexual-na-infancia-divide-especialistas.shtml>. Acesso em: 02/12/2012

Se Saadeh é um representante exímio da vertente biológica, Colette Chiland o é da vertente psicanalítica. Contudo, a autora também considera a condição biológica, não da forma que o faz Saadeh, mas pela importância que a anatomia tem na constituição psíquica, conforme expõe no seguinte trecho:

Só percebemos as realidades biológicas por meio das representações sociais que variam de acordo com o tempo e a cultura, proposição verdadeira. Mas as variações nas representações não impedem a existência do corpo desde sempre e a de uma diferença entre os machos e as fêmeas que pode ser designada como a “diferença sexual”. Toda sociedade tenta exagerar os elementos perceptíveis irrecusáveis dessa diferença, e chega a fabricar para os homens e as mulheres um destino que nada mais na natureza justifica. Podemos revoltar-nos com a condição social, sem contudo desconhecer a condição biológica. Não se pode esconder a diferença sexual, sendo uma característica dos seres humanos tentar dar um sentido a esse fato bruto a que estão sujeitos (CHILAND, 2008, p. 20-21).

Embora Chiland considere que as representações sociais sobre as realidades biológicas variam de acordo com o tempo e a cultura, ela defende a existência de um corpo que escapa às representações sociais, assim como de uma “diferença sexual” advinda da diferença entre machos e fêmeas. Para a autora, por mais que as sociedades produzam sentidos e atribuições para homens e mulheres, a diferença sexual é um “fato bruto” que não pode ser desconsiderado, ao qual todo ser humano está sujeito e tenta dar sentido (CHILAND, 2008).

Assim, Chiland vai dizer que as transformações corporais almeçadas pelas pessoas transexuais têm, na verdade, um caráter paliativo. Segundo a autora, essas transformações não são capazes de apagar o sentimento de desacordo em relação ao sexo primevo que marcou seus corpos. Para a autora, o pedido por um verdadeiro corpo de outro sexo é impossível de ser atendido, pois não se pode mudar os cromossomos e o interior do corpo. Dessa forma,

[...] se o objetivo deles [transexuais operados] era viver como membros do outro sexo, essa meta é atingida. Se o objetivo era ser homem ou mulher completo, eles têm de enfrentar uma desilusão, até um desespero (CHILAND, 2008, p. 59).

Chiland não se posiciona necessariamente contra as cirurgias de transgenitalização, pois reconhece que após realizá-las as pessoas transexuais se sentem mais felizes. Porém, caso a intervenção psicoterápica surtisse efeito no sentido de destituir o desejo pela cirurgia, seria um tratamento mais satisfatório, pois evitaria uma mutilação e a transformação de um organismo sadio num organismo enfermo. Além de

que, segundo a autora, a pessoa não teria de enfrentar em sua história uma ruptura que lhe gera tantas dificuldades sociais e pessoais (CHILAND, 2008).

Nessa afirmação, Chiland parece desconsiderar o outro lado da questão, ou seja, em suas histórias de vida, as pessoas transexuais enfrentam muitas dificuldades sociais e pessoais que advêm justamente da discordância entre corpo e gênero. A cirurgia de redesignação sexual não é vista apenas como uma solução para o conflito pessoal, mas como um meio para satisfazer outras demandas, como a mudança de nome e sexo nos documentos de identificação, que geralmente é condicionada à realização da cirurgia. Vale ressaltar que um nome não condizente com a apresentação de gênero é o principal fator de constrangimento público na vida das pessoas transexuais e travestis (CARVALHO, 2011).

A psicanálise é também o referencial teórico da psicóloga Tatiana Lionço em sua tese de doutorado. Um dos objetivos de sua pesquisa é problematizar o já citado acordo efetuado entre a demanda transexual contemporânea e a oferta médica de transgenitalização. Uma oferta que se traduz na própria demanda das pessoas transexuais, no sentido de se prontificar a “corrigir” e a “adequar” seus corpos de acordo com o “sexo verdadeiro” com o qual se identificam. Como bem pontua a autora, “a oferta médica praticamente cria o modo como a demanda de ajuda destes indivíduos é enunciada na contemporaneidade e que, curiosamente, passa a determinar a ‘identidade’ do transexual” (LIONÇO, 2006, p. 114).

Lionço questiona a “pretensão identitária” das pessoas transexuais, que afirmam dominar a “verdade” de seus sexos, pois considera insustentável a noção de “transexual verdadeiro”, assim como não acredita em uma “solução” para o sofrimento que enunciam, pois a medicina não oferece um renascimento, como muitos querem. No entanto, a autora não é contrária à cirurgia de transgenitalização, apenas sugere que uma vez escolhida essa forma de intervenção, o paciente deve ser acompanhado em seu processo de elaboração, para que assim tire proveito da intervenção, no sentido de conduzir suas expectativas de acordo com os reais benefícios que essa forma de terapia oferece (LIONÇO, 2006).

O que acontece na transexualidade, é que a imagem na qual o sujeito se apóia como referência para “solucionar” a questão da diferença sexual, é a do sexo discordante em relação à própria genitália. Porém, essa “solução” é considerada pelo

ponto de vista médico como uma condição patológica, devendo ser tratada através de intervenções reparadoras em busca de certa “ordem” sexual, que por sua vez, é almejada pelas pessoas transexuais¹².

Entretanto, Lionço vai argumentar que os processos de subjetivação são condicionados ao que ela chama de tensionalidade somato-psíquica, um conflito entre o corpo e sua representação por parte do sujeito. A diferença sexual seria, nesse sentido, um marco inevitável e fundamental com o qual todo ser humano tem de se haver em sua construção subjetiva. Esse seria o argumento que coloca em cheque a pretensão de “adequação somato-psíquica” contida no acordo entre oferta médica e demanda transexual¹³.

Para Lionço, é justamente a diferença como uma marca do “humano”, o que possibilita a existência de uma ampla variabilidade de soluções para a diferença sexual, sendo a transexualidade uma dessas soluções. Segundo a autora, “a transexualidade vem lembrar que constituir-se humano não é tão simples, não se podendo reduzir a experiência humana a termos restritos como o de haverem machos e fêmeas em condições dadas e diferenciadas” (LIONÇO, 2006, p. 137).

Tatiana Lionço integra o grupo de psicólogos e psicanalistas que recusam a construção discursiva que credita à transexualidade um caráter patológico. Nesse sentido, problematiza a concepção rígida de “transexual verdadeiro” produzido pelo discurso normalizador da medicina, defendendo uma noção de transexualidade com base na pluralidade de experiências.

Em síntese, foi visto nesse capítulo que o conceito de transexualidade é fortemente marcado não somente pela possibilidade tecnológica de intervenções corporais (cirurgia e/ou terapia hormonal), como também por um forte embate entre linhas teóricas. De um lado, a vertente de Harry Benjamin que defende uma causa biológica para a transexualidade. De outro lado, a vertente de orientação psicanalítica de Robert Stoller que argumenta a favor de uma origem psíquica para a transexualidade.

Ambas as vertentes se empenharam em estabelecer causas, definições e tratamento para a transexualidade, uma vez que a consideram como uma patologia. Entretanto, nem todos os autores que se orientam pela vertente biológica ou pela

¹² Ibidem.

¹³ Ibidem.

psicanálise são seguidores de Benjamin ou Stoller, tampouco veem a transexualidade como doença.

Se esse capítulo tratou basicamente de estudos que situam a transexualidade na condição de patologia, no capítulo seguinte serão apresentados estudos que problematizam as noções de gênero e sexualidade, constituindo-se na base teórica para se pensar a transexualidade a partir da ideia de experiência identitária.

CAPÍTULO 2

A TRANSEXUALIDADE POR OUTROS SABERES

No primeiro capítulo foram apresentados estudos que tratam especificamente da transexualidade, que foram chamados de saberes “oficiais”. Esses estudos seguem um referencial biológico ou psíquico e em sua maioria concebem a transexualidade como uma patologia, sendo que alguns deles oferecem as bases das definições diagnósticas de transexualidade dos manuais de transtornos mentais.

No presente capítulo serão abordados estudos que analisam, ou possibilitam analisar a transexualidade a partir de um enfoque social, considerando o caráter social e histórico de categorias como o gênero e a sexualidade. São estudos produzidos especialmente nas áreas da antropologia, dos estudos de gênero e sexualidade, do pensamento feminista e da vertente *queer*. São discussões que permitem deslocar a transexualidade da concepção de patologia e compreendê-la como uma experiência identitária.

2.1 – Desnaturalizando o gênero e a sexualidade

Numa entrevista concedida ao Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM)¹⁴ em agosto de 2006, época do lançamento de seu livro *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*, a socióloga Berenice Bento disse que “despatologizar as identidades significa desnaturalizá-las” (CLAM, 2012, s.p.). Mas, o que é desnaturalizar? Ao se falar em desnaturalização, pressupõe-se que existe o seu contrário, a naturalização. Mas, o que é naturalizar?

Um dos significados do termo natureza remete à ideia de tudo aquilo cuja existência é regida por leis próprias. De acordo com essa ideia, a qualidade de natural diz respeito a uma inerência, a uma essência que faz com que uma coisa seja o que ela é. Assim, tanto naturalizar quanto desnaturalizar são situações que não ocorrem de fato, pois não é possível inserir uma essência em algo, ou por outro lado, destituí-lo de uma.

¹⁴ Disponível em:

<http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=1558&sid=43>.

Acesso em: 10/10/2012

No sentido aqui empregado, naturalizar significa atribuir qualidades essenciais ao que na verdade é fruto de atividades humanas, enquanto que desnaturalizar significa explicitar o caráter social de fenômenos concebidos como naturais.

Em se tratando de gênero e sexualidade, o pensamento hegemônico, no qual se incluem as chamadas ciências naturais, concebe esses elementos como naturais no sentido estrito, isto é, como predeterminados por essências de ordem biológica e/ou psicológica. Entretanto, essa vertente é contraposta por outras linhas de pensamento, como os estudos de gênero e sexualidade vinculados às ciências sociais, que problematizam tal naturalidade, argumentando que na realidade se trata de categorias socialmente construídas.

Szasz (2004) informa que coube à antropologia a vanguarda dos estudos sobre sexualidade nas ciências sociais. Em seus primórdios, esses estudos sofriam forte influência das ideias de essencialismo e universalidade contidas nos conceitos biomédicos e psicanalíticos de sexualidade. A antropologia superou essa visão de sexualidade ao enfatizar o papel das culturas e das aprendizagens na formação das condutas sexuais, assim como pela observação de que tais condutas diversificam-se enormemente entre culturas, gerações, contextos geográficos, grupos e classes sociais.

Após a inauguração pela antropologia, os estudos sobre sexualidade nas ciências sociais ganharam campo, sendo que atualmente são influenciados principalmente pelo pensamento feminista, pelos estudos lésbico-gays, pelo interacionismo simbólico, pela sociologia do conhecimento, além da teoria pós-estruturalista e da crítica anticolonialista (SZASZ, 2004).

Esse arsenal teórico é base do argumento de que a sexualidade não é apenas influenciada, mas construída nas e pelas relações sociais. Nessa linha de pensamento, o conceito de sexualidade é ampliado, não se restringindo à ideia de um impulso relacionado a partes ou funções específicas do corpo. Assim, considera além dos atributos que envolvem o corpo, tais como os desejos eróticos, as fantasias, as sensações, as práticas e os hábitos, também as relações sociais, as concepções, os valores, os discursos e toda a rede de significados construídos em torno dos desejos e das condutas sexuais¹⁵.

¹⁵ Ibidem.

Foi nessa perspectiva que eclodiram discussões em torno da distinção entre sexo e gênero, como o ensaio *The Traffic in Women: Notes on the "Political Economy" of Sex*¹⁶ de autoria da antropóloga estadunidense Gayle Rubin. Nesse texto, a autora desenvolve o conceito de “sistema de sexo/gênero”, o qual define como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (RUBIN, 1986, p. 97).

Segundo a autora, o “sistema de sexo/gênero” não se restringe às relações de procriação num sentido biológico, mas, uma vez fazendo parte de uma complexa rede social, se define por inumeráveis articulações econômicas e políticas relacionadas a questões como parentesco, casamento e divisão do trabalho. Noutras palavras, trata-se de um conjunto de relações sociais que transforma as diferenças biológicas (diferenças sexuais inatas) entre homens e mulheres em produtos da atividade humana, muitos dos quais se cristalizam e são vistos como se fossem naturais (RUBIN, 1986).

Do ponto de vista da autora, o gênero se traduziria no que é produzido e transformado a partir de um elemento biológico imutável: o sexo. Nessas proposições, o gênero já não tem mais uma “natureza” orgânica como se supunha, embora dependa de uma base biológica para operar. Para Rubin, a simples condição de nossa espécie ser caracteristicamente social, de estabelecer culturas e articulações, impossibilita a existência de uma vida sexual humana isenta de influências contextuais e de convenções e intervenções humanas¹⁷.

O gênero, ao ser concebido como um construto cultural das diferenças entre homens e mulheres, envolve relações de poder, tornando-se uma categoria política e analítica, sendo por isso um conceito tão caro às feministas. Segundo Piscitelli (2002), deste a introdução do termo “identidade de gênero” pelo psicanalista Robert Stoller em 1963, o conceito de gênero nunca deixou de ser elaborado, sendo que a principio estava relacionado a estudos sobre a mulher, como se vê no trecho abaixo.

¹⁶ *The Traffic in Women* data de 1975, quando Gayle Rubin ainda era uma estudante de mestrado. Nesse trabalho, ela se propôs a problematizar a questão da subordinação feminina através de uma “exegese” dos trabalhos de Lévi-Strauss e Sigmund Freud.

¹⁷ *Ibidem*.

Na atualidade é comum opor os "estudos sobre mulher" aos "estudos de gênero". Ao mesmo tempo, ainda é freqüente a confusão entre "gênero" e "mulher". As duas situações são compreensíveis quando se pensa na história do pensamento feminista. Quero dizer que o conceito de gênero se desenvolveu no marco dos estudos sobre "mulher" e compartilhando vários dos seus pressupostos (PISCITELLI, 2002, p. 13-14).

Por sua vez, Haraway (2004) pontua que se por um lado o conceito de gênero “foi desenvolvido como uma categoria para explorar o que significa ‘mulher’, para problematizar o que era anteriormente dado” (HARAWAY, 2004, p. 245), por outro, foi duramente criticado por seu caráter genérico. Segundo a autora, as críticas vieram especialmente de mulheres negras e/ou lésbicas que não se viram contempladas pelo conceito de gênero produzido por mulheres ocidentais brancas.

Assim, o conceito de gênero deixou de focalizar a “mulher” e passou a se referir às diferenças socialmente construídas entre homens e mulheres, com a proposta de se pensar em “mulheres” ao invés de “mulher”. Nesse sentido, Scott (1995) argumenta a favor de uma redefinição e reestruturação do gênero baseadas numa visão de igualdade política e social que leve em conta o cruzamento das categorias sexo, classe e raça. Segundo a autora, trata-se de um processo político cuja história só poderá ser escrita

[...] se reconhecermos que “homem” e “mulher” são, ao mesmo tempo, categorias vazias e transbordantes. Vazias, porque não têm nenhum significado último, transcendente. Transbordantes, porque mesmo quando parecem estar fixadas, ainda contêm dentro delas definições alternativas, negadas ou suprimidas (SCOTT, 1995, p. 93).

Pelo argumento de Scott, pode-se considerar que o caráter inacabado do conceito de gênero se justifica pelo fato de “homem” e “mulher” não serem categorias fechadas, uma vez que essas definições, assim como o que se entende por masculinidade e feminilidade, são interpretações idealizadas e sujeitas a contingências, conforme exemplificam algumas pesquisas propriamente ditas sobre masculinidade.

Vale de Almeida (1995) considera que a masculinidade hegemônica é uma idealização, não sendo alcançada por praticamente nenhum homem. Segundo o autor, é questionável o uso do termo masculinidade no singular, uma vez que as diversas experiências e identidades dos homens sinalizam a existência de várias masculinidades. Já para Connell (1995), os próprios padrões de masculinidade hegemônica mudam com o tempo, o que faz com que as masculinidades devam ser analisadas a partir de uma perspectiva histórica.

O que se sabe, é que as pesquisas sobre as diferenças entre homens e mulheres remontam a épocas anteriores ao conceito de gênero, como é o caso dos estudos da antropóloga Margaret Mead. Em *Sexo e temperamento* (1979), a autora se propôs a corroborar a proposição de que é a cultura que produz as maneiras em que homens e mulheres se posicionam objetiva e subjetivamente, sendo que o “temperamento” não dependeria do sexo, conforme mostram as conclusões da pesquisa.

De três comunidades tribais observadas por Mead, duas produziam identidades que não se diferiam entre homens e mulheres; a diferença entre um grupo e outro, era que um se caracterizava por condutas pacíficas entre seus membros, enquanto que o outro se distinguia por condutas altamente agressivas. O terceiro grupo produzia identidades distintas entre homens e mulheres, porém divergentes da hegemonia ocidental homem-ativo/mulher-passiva, pois entre eles, essa lógica se invertia para mulher-ativa/homem-passivo (MEAD, 1979).

É nesse sentido que qualquer compreensão do lugar e das relações entre homens e mulheres numa sociedade, deve ser feita a partir das construções sociais sobre os sexos, e não em relação às características sexuais propriamente ditas. Como lembra Louro (1997), as formas de condutas legitimadas como masculinas ou femininas não advêm da diferença sexual biológica, mas das concepções, das representações ou valorizações atribuídas às características sexuais.

Para Piscitelli (2009), o problema está no fato de que muitas das naturalizações engendradas a partir da diferença sexual são tomadas para produzir ou sustentar desigualdades sociais, que por sua vez, também são naturalizadas. A esse respeito, a autora destaca:

O termo *gênero*, em suas versões mais difundidas, remete a um conceito elaborado por pensadoras feministas precisamente para desmontar esse duplo procedimento de naturalização mediante o qual as diferenças que se atribuem a homens e mulheres são consideradas inatas, derivadas de distinções naturais, e as desigualdades entre uns e outras são percebidas como resultado dessas diferenças. (PISCITELLI, 2009, p. 119).

É por isso que a perspectiva do construcionismo social, segundo Weeks (2007), busca compreender a diversidade de relações de poder que modelam o que vem a ser aceito ou refutado socialmente. Essa perspectiva não está interessada nas causas dos fenômenos, mas em compreender como são construídas as hierarquias, o porquê de

certas categorias e práticas serem privilegiadas enquanto que outras são marginalizadas pela cultura.

Foi nessa direção que Gayle Rubin produziu o artigo *Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality* (1989), no qual se posiciona de forma diferente em relação ao sistema sexo/gênero por ela proposto. O sexo já não é visto como o elemento natural a partir do qual o gênero opera, apesar de estarem interligados. Nesse artigo, a autora discute a diversidade sexual a partir do sistema hierárquico de valor sexual, que foi citado no primeiro capítulo desse trabalho.

Dessa forma, Rubin aponta que a heterossexualidade, a partir de uma suposta “naturalidade”, é considerada como “boa” e “normal”. A sexualidade ideal, além de heterossexual, se exerceria no casamento, seria monogâmica, reprodutiva e isenta de prostituição. Por outro lado, qualquer forma de sexualidade ou prática que viole esses preceitos, como exemplo, a homossexualidade, a prostituição, ou o sexo fora do matrimônio, é impreterivelmente considerada “antinatural”, “má” e “anormal” (RUBIN, 1989).

Em síntese, enquanto que as experiências heterossexuais são moralmente aceitas, as chamadas sexualidades dissidentes são consideradas perigosas, repulsivas e desprovidas de qualquer teor emocional. Os seus praticantes sofrem severas restrições sociais, podendo até ser vistos como enfermos mentais ou propensos à criminalidade. Por parte do campo religioso, toda conduta erótica é considerada má e pecaminosa por muitas religiões, a menos que se redima através de alguns atributos conferidos à heterossexualidade, como o matrimônio, a reprodução e o amor¹⁸.

Assim, Gayle Rubin integra um grupo de cientistas para o qual gênero e sexualidade têm menos a ver com natureza do que com regulamentações sociais. Essa corrente construcionista se pauta especialmente na história e nas diferenças contextuais para fundamentar seus argumentos, tendo os trabalhos de Michel Foucault como uma de suas principais referências. Defendendo a ideia de um dispositivo que produz discursos verdadeiros sobre o sexo, Foucault (1988) afirma que a sexualidade não é predeterminada por fatores biológicos, mas socialmente construída no decorrer do processo histórico.

¹⁸ Ibidem.

A noção de dispositivo cunhada por Foucault (1985) compreende uma conexão entre inúmeros elementos altamente heterogêneos, como discursos, concepções, instituições, legislações, proposições científicas e filosóficas, moralidades, organizações arquitetônicas e outros. A principal função dessa conexão é responder a uma urgência, a uma questão de um determinado momento histórico. A proposição foucaultiana, é que a partir do século XVIII houve uma proliferação de discursos sobre o sexo mediados estrategicamente por instituições como a igreja, a escola, a medicina. Esses discursos deveriam ser úteis e públicos e terem como objetivo não a proibição, mas a regulamentação do sexo.

Dessa forma, a concepção foucaultiana de poder está no centro do pensamento construcionista. O poder para Foucault não se trata de uma substância, mas de relações estratégicas e instáveis. Não é assim a propriedade de alguém particular, se direcionando em sentido único, do opressor ao oprimido, mas é dinâmico, mesmo que distribuído desigualmente. Como se trata de uma dinâmica, a resistência ao poder é produzida por ele próprio, como parte de suas relações, de forma que onde se tem poder, também se tem resistência. Para Foucault, o poder não se resume a proibições e obrigações, mas é também produtivo, especialmente das próprias possibilidades de interações (HALPERIN, 2004).

A compreensão foucaultiana de sexualidade como uma construção social e histórica, está na base do que veio a ser chamado de teoria *queer*. Conforme pontua Richard Miskolci, a teoria *queer* é oriunda dos Estudos Culturais e surgiu nos Estados Unidos no final da década de 1980. Apresentando-se como oposição crítica aos estudos sociológicos sobre minorias sexuais e gênero, a teoria *queer* elegeu como objeto de estudo a dinâmica da sexualidade e do desejo na organização das relações sociais contemporâneas (MISKOLCI, 2009).

A filósofa estadunidense Judith Butler, cuja obra foi acolhida como uma das precursoras e expoentes dessa vertente teórica, traz a seguinte definição para *queer*:

O termo *queer* surge como uma interpelação que discute a questão da força e da oposição, da estabilidade e da variabilidade no seio da performatividade. Esse termo tem operado como uma prática linguística cujo propósito tem sido o da degradação do sujeito a que se refere, ou melhor, a constituição desse sujeito mediante esse apelativo degradante. *Queer* adquire todo seu poder precariamente através da evocação reiterada que o relaciona com acusações, patologias e insultos (BUTLER, 2002 apud BENTO, 2006, p. 80-81, grifo no original).

No pensamento *queer*, a degradação não é rejeitada pelo sujeito que a recebe, mas é reapropriada para se questionar o próprio sistema normalizador que lhe confere a degradação. Trata-se de uma postura de rompimento com a ordem heterossexual que impõe uma coerência entre sexo, gênero e sexualidade. No sistema normalizador, as práticas e sujeitos que não correspondem a essa coerência são degradados (BUTLER, 2005).

O que Butler argumenta é que não somente o gênero e a sexualidade são socialmente construídos, como também o próprio sexo. Segundo ela, as sociedades estabelecem normas que regulam e materializam o sexo dos sujeitos, prescrevendo que para os corpos serem inteligíveis, eles necessitam de um sexo e de um gênero estáveis. Entretanto, a autora salienta que os corpos nunca se moldam inteiramente às normas pelas quais sua materialização é obrigada; não alcançam o ideal que lhes é imposto. Por isso, tais normas são constantemente reiteradas e reconhecidas na tentativa de que a materialização desejada se efetive. Essas normas são performativas, ou seja, possuem um poder contínuo e renovado de produzir exatamente o que se nomeia¹⁹.

A ideia de performatividade é retirada das proposições de Austin (1990) sobre a capacidade que a linguagem tem de criar verdades. Para esse autor, a função da linguagem não é simplesmente descrever a realidade, mas também produzir realidades. Assim, Butler propõe a ideia de um processo de reiteração performativo que produz a heterossexualidade como norma, mas que também produz os corpos que escapam a essa normalização, aos quais ela chama de corpos "abjetos". O abjeto é o sujeito degradado, o contraponto do normal, a referência necessária para que o normal possa se instituir como tal (BUTLER, 2005).

A oposição da teoria *queer* aos estudos sobre minorias sexuais e gênero decorre, Segundo Miskolci (2009), do fato de que esses estudos ainda não romperam completamente como o pressuposto de normalidade, sendo que assim acabam por manter e naturalizar a norma heterossexual. Segundo o autor,

[...] ao invés de priorizar investigações sobre a construção social de identidades, estudos empíricos sobre comportamentos sexuais que levem a classificá-los ou compreendê-los, os empreendimentos *queer* partem de uma desconfiança com relação aos sujeitos sexuais como estáveis e foca nos processos sociais classificatórios, hierarquizadores,

¹⁹ Ibidem.

em suma, nas estratégias sociais normalizadoras dos comportamentos (MISKOLCI, 2009, p. 169).

Assim, a teoria *queer* tem um posicionamento antinormativo em relação à sexualidade, pois pretende especialmente embaralhar, confundir as categorias que legitimam a normatividade social. Ao se recusar a classificar as pessoas em categorias, o pensamento *queer* dá existência às diversas culturas sexuais, não no sentido de identidade, mas de possibilidades de experiências (VALE DE ALMEIDA, 2004).

Ao refutar a classificação das pessoas em categorias, a perspectiva *queer* se contrapõe ao pensamento das vertentes políticas, pois para estas, o importante é que as identidades sejam assumidas e que busquem a legitimidade e o reconhecimento. Dessa forma, ao propor a conversão das identidades em um “sem sentido” e recusar a ideia de categorias estáveis, a teoria *queer* parece levantar um dilema em relação à forma convencional de posicionamento político (GAMSON, 2002).

Entretanto, Miskolci (2009) vai argumentar que o papel da vertente *queer* não é o de desqualificar os movimentos sociais identitários. Segundo o autor, a proposta dessa vertente é apontar as armadilhas hegemônicas nas quais esses movimentos estão inseridos, assim como permitir a formação de alianças estratégicas entre os movimentos que compartilham o objetivo de criticar e contestar os regimes normalizadores, que produzem tanto as identidades quanto a posição que elas vão ocupar na sociedade.

2.2 – “A reinvenção do corpo” de Berenice Bento

O nome da socióloga Berenice Bento se destaca hoje no Brasil como a principal referência de estudos sobre a transexualidade nas ciências sociais. No livro *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*, versão de sua tese de doutorado defendida em 2003, a autora apresenta a experiência transexual fora dos marcos das perspectivas teóricas patologizantes. A autora se contrapõe às vertentes hegemônicas ao se opor à ideia de identidade universal que circunda a noção de transexual. Segundo ela, “não há uma identidade transexual, mas posições de identidade, pontos de apego temporários que, simultaneamente, fixam e deslocam os sujeitos que vivem a experiência transexual” (BENTO, 2006, p. 25).

Com os objetivos de despatologizar a experiência transexual e de desconstruir o “transexual verdadeiro”, Berenice Bento orienta seu trabalho no sentido de explicitar a

capacidade que os sujeitos têm de subverter as normas de gênero que, primordialmente, afirmam que homem é quem tem pênis e mulher é quem tem vagina. Conforme sinaliza Pereira (2006), Berenice Bento procura “compreender as performances dos sujeitos que não se conformam em e com seus corpos e como nas práticas cotidianas procuram adequar corpo, sexualidade e gênero, reinventando-os” (PEREIRA, 2006, p. 471).

Mas, em que estaria a capacidade dos sujeitos em subverter as normas de gênero? Se, conforme argumentou Butler (2005), os corpos não se materializam inteiramente de acordo com a imposição das normas, é porque existem brechas, fissuras nas próprias normas. São justamente essas brechas que permitem compreender a existência de experiências subversivas, sendo que no caso da transexualidade, a fissura está na suposição de coerência entre sexo e gênero (BENTO, 2006).

Para Berenice Bento, a ideia de doença em relação à transexualidade decorre do fato de se localizar exclusivamente no indivíduo a origem explicativa do conflito identitário. Assim, conforme pontua Arán (2006), não se percebe que a incongruência entre sexo e gênero que transforma a transexualidade numa patologia só é concebível em função do sistema normativo.

Diante disso, à luz da teoria *queer*, Berenice Bento procura retirar o indivíduo do foco e tenta encontrar nas relações sociais, os mecanismos pelos quais a sociedade produz as noções de homem e mulher a partir do binarismo pênis/vagina. A autora busca esclarecer como são organizados dentro de um campo de poder, os discursos que definem o que é normal e o que é patológico. Assim, com base no conceito de dispositivo de Foucault, propõe o “dispositivo da transexualidade”.

O “dispositivo da transexualidade” diz respeito ao conjunto de práticas discursivas ou não que produziram a noção moderna de transexualidade. Trata-se das teorizações, das definições, dos critérios diagnósticos, das regulamentações e práticas de tratamento que situam a transexualidade na condição de patologia. Todo o controle que o “dispositivo da transexualidade” busca exercer sobre os corpos, práticas e subjetividades das pessoas transexuais, no sentido de patologizá-las, tem um único objetivo, o de atestar a normalidade da coerência entre sexo, gênero e sexualidade, que nada mais é, que sinônimo de heterossexualidade.

Berenice Bento se propôs a problematizar esse discurso, argumentando que se a transexualidade é uma questão de gênero, e se o gênero só existe em termos de

performances, como pode ser patologizado? O grande mérito de seu trabalho quanto ao objetivo de despatologizar a experiência transexual, foi tê-lo feito a partir dos discursos das próprias pessoas transexuais que participaram de sua pesquisa. Assim, na escuta das narrativas dessas pessoas, constatou um universo de experiências muito distante das restritas definições do “transexual verdadeiro”.

De acordo com as definições “oficiais”, o verdadeiro transexual tem profunda abjeção em relação à sua genitália. Contudo, Berenice Bento observou nas falas de seus sujeitos de pesquisa que a forma com que lidam com essa parte do corpo varia, não sendo necessariamente marcada pela abjeção. Algumas mulheres transexuais dizem sentir horror por “aquela coisa”, que é o pênis. Outras dizem que não se incomodam em tê-lo, que o consideram como parte do corpo.

Dessa forma, em relação à cirurgia de transgenitalização, existem pessoas que realmente a desejam muito, não medindo esforços para conseguir os meios de realizá-la. Porém, existem também aquelas pessoas que não a elegem como prioridade, chegando mesmo a dizer que não têm planos de realizá-la. A principal demanda dessas pessoas geralmente é pelo direito de mudança do nome e do sexo nos documentos de identificação.

Em se tratando do campo sexual, praticamente todas as pessoas ouvidas por Berenice Bento relataram que têm ou tiveram vida sexual ativa com seus parceiros ou parceiras. Algumas delas disseram que praticam ou já praticaram a masturbação. Como se viu no primeiro capítulo desse trabalho, provavelmente que essas pessoas não seriam consideradas transexuais se fossem analisadas por Ramsey, pois, segundo ele, uma pessoa transexual seria tipicamente assexuada.

No que tange às histórias de família, de forma geral, os relatos das pessoas entrevistadas por Berenice Bento revelam relações familiares com níveis diferenciados de proximidade entre as pessoas, mas muito distantes do modelo típico proposto por Stoller, principalmente em relação à mãe. Ao invés daquela mãe extremamente ligada ao filho e que de tanto adorá-lo, o emasculou, chegando inclusive a incentivá-lo em seus comportamentos femininos, o que se observa na maioria dos casos são relações em que as mães são ausentes ou recriminam em maior ou menor grau, a situação vivida pelos filhos. Não são raras as queixas de relações tensas e marcadas pela rejeição.

Além dessas observações, outro ponto importante do trabalho de Berenice Bento diz respeito à estética de gênero. Segundo a autora, a estética ocupa um lugar fundamental na construção das performances de gênero, uma vez que a aparência de gênero é que vai proporcionar a estabilidade do corpo dentro da ordem binária. Assim, a estética torna-se um demarcador de gêneros, uma forma de dar visibilidade às reiteraões efetuadas pelo sujeito em relação ao corpo, no sentido de produzi-lo enquanto corpo de mulher ou de homem para inserir-se no campo do gênero identificado.

O nascimento é a matrícula da criança numa escola que vai ensiná-la a estética adequada a cada gênero, os tipos de roupas e as cores permitidas. Segundo Berenice Bento, as narrativas de pessoas transexuais evocam uma infância marcada tanto pelo fascínio diante das cores e das roupas que desejavam usar, mas que lhe eram proibidas, quanto pela insatisfação e aversão em relação às roupas que eram obrigadas a usar. Nesse sentido, os conflitos vividos diante da imposição estética antecederiam os conflitos em relação às genitálias.

Se a estética é uma questão muito presente nos discursos de pessoas transexuais, é porque ocupa um lugar central em algumas situações. Uma aparência de acordo com o gênero identificado pode fazer com que a pessoa passe despercebida em alguns lugares, sendo poupada de constrangimentos. No contexto hospitalar, a forma como a pessoa transexual se apresenta é um indicador do grau de feminilidade ou masculinidade que é levado em conta no processo de avaliação. Entre si, as pessoas transexuais também valorizam a estética como um indicador de feminilidade ou masculinidade, tecendo severas críticas àquelas esteticamente inadequadas e elogios às que apresentam uma boa estética (BENTO, 2006).

Em resumo, o trabalho de Berenice Bento é ele mesmo uma “campanha” pela despatologização da transexualidade, pois seu foco está nos processos normalizadores que produzem o “transexual verdadeiro” como patológico com vistas a um objetivo: garantir a “normalidade” da relação binária homem/pênis mulher/vagina imposta pela ordem heteronormativa. A contraposição que a autora faz ao “transexual verdadeiro” rígido e universal dos manuais de transtornos mentais é efetuada, sobretudo, pela diversidade de respostas que as próprias pessoas transexuais concedem aos seus conflitos.

Conforme também observou Bruno Cesar Barbosa em sua dissertação de mestrado, os discursos das pessoas transexuais apontam que, menos que identidades coerentes e nucleares, o que há de fato é a coexistência de múltiplas posições de sujeito que são acionadas de acordo com a situação (BARBOSA, 2010).

Nessa direção, no prefácio de *A reinvenção do corpo*, a antropóloga Deis Siqueira faz uma síntese das constatações às quais chegou Berenice Bento em sua pesquisa.

A autora prefere falar de posições identitárias, apegos identitários temporários, identidades rizomáticas, diversidade de gêneros. Transexuais lésbicas, transexuais *gays*, transexuais que querem casar e reproduzir o modelo de mulher subalterna ou de homem viril, mulheres transexuais feministas, mulheres transexuais despolitizadas, transexuais que acreditam que a cirurgia os conduzirá a uma humanidade negada, transexuais que não querem a cirurgia e a denunciam como um engodo, transexuais que reivindicam exclusivamente a mudança do nome e do sexo nos documentos. (BENTO, 2006, p. 14-15, grifo no original).

Essas constatações evidenciam uma pluralidade de experiências em relação à vivência da transexualidade, o que indica a existência de diversas formas de os sujeitos elaborarem os conflitos entre corpo, gênero e sexualidade. Essa pluralidade de experiências não somente contrasta com o “transexual verdadeiro” dos manuais de transtornos mentais, como também sinaliza a capacidade que os sujeitos têm de subverter as normas de gênero.

2.3 – Cirurgias de transgenitalização: o bisturi fazendo gêneros

As chamadas cirurgias de transgenitalização ou de redesignação sexual são realizadas a partir de dois diagnósticos: o hermafroditismo e o “transexualismo”. Embora se trate de situações distintas, essas cirurgias têm pelo menos dois pontos em comum, qual seja o objetivo de melhor adequação possível dos corpos à referência de normalidade masculina ou feminina, tanto em relação à estética, quanto à funcionalidade dos órgãos genitais, assim como o fato de envolverem controvérsias.

Em se tratando da transexualidade, as cirurgias masculinizantes consistem na histerectomia (remoção do aparelho reprodutor), na mastectomia (retirada das mamas) e na construção de um pênis e de uma bolsa escrotal. O pênis é feito através de tecidos de outras partes do corpo, como músculos do antebraço, da panturrilha e da parte interna da coxa ou abdômen, enquanto que a bolsa escrotal consiste numa expansão dos grandes

lábios da vagina e geralmente com implante de silicone. No caso feminino, a cirurgia consiste na construção de uma vagina, na qual se utiliza tecidos externos do pênis para o revestimento. Os pequenos e grandes lábios são produzidos a partir de tecidos selecionados da bolsa escrotal, enquanto que na produção do clitóris se utiliza uma parte da glândula (BENTO, 2006).

Conforme foi mostrado no primeiro capítulo desse trabalho, no caso da transexualidade, o lugar da cirurgia de transgenitalização é fundamental, sendo que o desejo de realizá-la é um dos principais critérios diagnósticos. No entanto, não se trata de um simples critério, especialmente por sinalizar a existência de um pacto em que a oferta produz a demanda, o que torna o desejo pela cirurgia de transgenitalização um definidor da própria transexualidade.

Essa situação se torna problemática, uma vez que muitas pessoas transexuais não reivindicam a cirurgia, mas mesmo assim desejam ter acesso aos serviços de saúde, especialmente à hormonioterapia. Nesse caso, esse desejo seria negado, pois essas pessoas não seriam diagnosticadas como transexuais. Grosso modo, o que os critérios diagnósticos indicam é que existe um referencial de normalidade que precisa ser seguido pelas pessoas transexuais: homens têm pênis e mulheres têm vagina.

É a partir dessa ideia que os procedimentos de transgenitalização são desenvolvidos. O que se espera das cirurgias, é que produzam pênis ou vaginas o mais próximo possível dos modelos “originais”. Assim, os resultados das cirurgias feminilizantes são considerados muito mais satisfatórios, uma vez que, como disse um médico num evento sobre técnicas de transgenitalização, “é muito mais fácil transformar o Joãozinho em Maria do que a Maria em Joãozinho”.

Nesse sentido, as cirurgias de transgenitalização em homens transexuais, no que tange à construção de um pênis, são ainda de caráter experimental na maioria dos países onde é regulamentada. Segundo Teixeira (2009), o desafio maior é construir um pênis funcional, capaz de “performar” a natureza, tendo em vista que diante de resultados insatisfatórios,

[...] os corpos dos homens (transexuais), produzidos cirurgicamente, colocariam em xeque o discurso da própria medicina frente à possibilidade de fabricar um corpo ambíguo, quando historicamente ela sempre se preocupou em utilizar seu saber/poder na construção de corpos coerentes (TEIXEIRA, 2009, p. 222).

A eliminação de ambiguidades e a busca por coerência são também os objetivos das cirurgias nos casos de pessoas hermafroditas, que chamarei aqui de pessoas *intersex*. Segundo Machado (2005), essas cirurgias são geralmente realizadas em crianças, sendo para o saber médico uma tentativa de restauração de uma “natureza incompleta”, pois um terceiro sexo que não se enquadre nas categorias masculino ou feminino, ou que se enquadre nas duas, apesar produzido pela própria biologia, não é considerado natural. Procura-se encontrar na ambiguidade do corpo *intersex* um “sexo verdadeiro”, para então, afluí-lo através da cirurgia.

Assim como nas cirurgias de transgenitalização em pessoas transexuais, os objetivos dessas técnicas correspondem aos ideais de mulher e homem. No caso feminino de pessoas *intersex*, o que se busca alcançar em ordem de importância nas cirurgias, são a capacidade reprodutiva e a (re)construção de uma vagina que possibilite relações sexuais prazerosas e que seja penetrável por um pênis. Já no caso masculino, se leva em conta o tamanho e a capacidade erétil do pênis, a possibilidade de prazer e de penetrar, a capacidade reprodutiva e, por fim, a capacidade de urinar em pé (MACHADO, 2005).

Como se pode notar, os objetivos das cirurgias em pessoas *intersex* não se limitam à correção das ambiguidades da genitália. Além da estética, leva-se em consideração a funcionalidade dos órgãos genitais, principalmente quanto à capacidade reprodutiva e à possibilidade de relações sexuais de orientação heterossexual.

Mauro Cabral vai tecer severas críticas à maneira como essas cirurgias são realizadas, especialmente por se tratar de uma situação em que a pessoa é submetida a um procedimento normalizador. Nesse caso, a medicina ocupa o lugar de um saber que não apenas declara quem é homem ou mulher, mas que também sentencia as possibilidades e as condições de alguém ser um homem ou uma mulher (CABRAL, 2009).

Para o autor, as cirurgias em pessoas *intersex* são procedimentos em que o gênero se inscreve de forma literal e violenta, com o objetivo de convertê-las carnalmente em homens ou mulheres iguais aos demais. As críticas do autor se concentram especificamente nas cirurgias feminilizantes que, quando não consentidas, são consideradas por ele como mutilações que implantam no corpo um dispositivo

perpétuo de invasão, em que o feminino é literalmente conjugado com penetração CABRAL²⁰.

Dados os seus objetivos, não seria desapropriado dizer que as cirurgias de transgenitalização são, na verdade, tecnologias de naturalização dos gêneros. Porém, como destaca Machado (2005), os médicos consideram que estão criando técnicas, ao invés de cultura. Diante da plasticidade do corpo, é possível moldá-lo conforme as referências de corpos masculinos ou femininos, eliminando por meio de técnicas específicas toda e qualquer ambiguidade. Se por algum motivo o corpo não está de acordo com a coerência esperada, então, que seja corrigido cirurgicamente.

Preciado (2002) vai dizer que não apenas o corpo *intersex* é operado, mas todos os corpos são “operados” por sofisticadas tecnologias sociais, de forma que a própria distinção entre o corpo “natural” e o construído se desestabiliza.

De forma geral, é dada grande importância às cirurgias de transgenitalização. No caso da transexualidade, muitas pessoas se mostram cautelosas diante desse tipo de intervenção, especialmente pelo argumento de que se trata de um procedimento irreversível. Nesse sentido, o psicólogo Rafael Cossi concorda com

[...] a postura de que se deve realizar um rigoroso diagnóstico, para que assim sejam selecionados para se submeter a tais drásticas e irreversíveis intervenções médicas somente aqueles candidatos que podem ser considerados como “transexuais verdadeiros” (COSSI, 2010, p. 33).

Já no caso de pessoas *intersex*, a preocupação dos médicos e dos pais é quanto ao fato de encontrar o “sexo verdadeiro”, sendo que essa procura é realizada a partir da noção de coerência entre sexo e gênero. Diferentemente do que acontece nos casos de transexualidade, a intervenção é feita sem o consentimento da pessoa em questão, que é a criança. Porém, mesmo na transexualidade, a autonomia do sujeito não é levada em conta, pois, mais importante do que o consentimento, é o laudo diagnóstico sem o qual a cirurgia não se efetiva.

Criticar as cirurgias de transgenitalização não significa se posicionar contrário a elas. O que se questiona são as formas como esses procedimentos são tratados. O que Mauro Cabral sugere é que as cirurgias de transgenitalização não sejam feitas em crianças recém-nascidas, mas quando as mesmas já tiverem condições de dizer o que

²⁰ Ibidem.

querem para os seus corpos e suas vidas. Da mesma forma, a crítica aqui feita não tem a finalidade de se opor às cirurgias de transgenitalização, mas de questionar o caráter normalizador que norteia a realização desses procedimentos.

CAPÍTULO 3

TRANSEXUALIDADE E CIDADANIA

A campanha pela despatologização faz parte de uma luta mais ampla pela garantia de direitos da população transexual, a luta por cidadania. O próprio significado de despatologização não se restringe, obviamente, à retirada da transexualidade dos catálogos médicos de doenças mentais. Despatologizar a transexualidade significa, antes de tudo, transformar o modo como essa experiência é tratada, significa deixar de interpretá-la como uma condição de menos-valia. Dessa forma, retirá-la da categoria de transtorno mental é uma das estratégias para desconstruir o estigma que lhe é imputado.

O que ocorre, é que sobre as pessoas transexuais, assim como em relação às demais categorias LGBT²¹, se mantêm concepções que produzem desigualdades de direitos, o que as leva a uma condição de subcidadania, cuja dimensão abarca fatores sociais, culturais, econômicos e políticos. Ao lado das travestis, as pessoas transexuais compõem o grupo mais estigmatizado do seguimento LGBT, que sofre as maiores discriminações, exclusões, constrangimentos e violências.

Diante dessa realidade, esse capítulo abordará alguns aspectos que envolvem a construção da cidadania das pessoas transexuais no Brasil contemporâneo. O objetivo é analisar o posicionamento do Estado diante das demandas das pessoas transexuais, assim como os fatores que dificultam ou interditam a implementação das ações propostas.

3.1 – O posicionamento do Estado frente às demandas das pessoas transexuais

Segundo Carrara (2010), a agenda corrente do movimento LGBT no que se refere ao segmento transexual, tem como principais reivindicações o direito de mudança do nome e do sexo nos documentos de identificação, o acesso a políticas de saúde específicas, assim como a proteção do Estado em relação às diversas formas de violências e discriminações às quais essas pessoas estão sujeitas.

Em se tratando das demandas LGBT como um todo, o tratamento dispensado

²¹Desde junho de 2008, após deliberação aprovada na 1ª Conferência Nacional LGBT, o movimento social organizado tende a utilizar as letras LGBT nesta ordem para se referir a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Neste trabalho, a sigla será utilizada conforme essa tendência.

pelo Estado se encontra atualmente em estágios diferentes nos três poderes. No âmbito do Legislativo nenhuma discussão tem apresentado avanços, pois os projetos existentes estão parados e nenhuma lei importante foi aprovada até então (CARRARA, 2010).

Nesse sentido, merecem destaque dois projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional: o Projeto de Lei 1.151/1995 que disciplina a união civil entre pessoas do mesmo sexo; e o Projeto de Lei Complementar 122/2006 que propõe a criminalização da homofobia²². O primeiro, apresentado há mais de dezessete anos, nunca chegou a ser votado pela Câmara, enquanto que o segundo, já aprovado nessa instância, encontra-se atualmente em apreciação no Senado (BRASIL, 2012d).

Especificamente para o seguimento transexual, há o Projeto de Lei da Câmara (PLC) 72/2007 de autoria do então deputado Luciano Zica, que à época era filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT). Esse Projeto possibilita a substituição do prenome de pessoas transexuais, desde que apresentem laudo de avaliação médica comprovando a condição transexual, mesmo que não tenham se submetido à cirurgia de transgenitalização. O PLC 72/2007 passou pela Câmara e desde janeiro de 2011 se encontra na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado Federal, aguardando designação do Relator (BRASIL, 2012e).

Diante dessa situação de poucos avanços, no próprio Congresso há quem conteste essa imobilidade legislativa. Nesse sentido, em outubro de 2003, com o objetivo de impulsionar a votação de projetos que contemplam a causa LGBT, foi instaurada na Câmara Federal a Frente Parlamentar Mista pela Livre Expressão Sexual, que foi relançada em março de 2009 sob a denominação de Frente Parlamentar Mista pela Cidadania LGBT, que à época somava 171 signatários (BRASIL, 2012d).

Diferentemente do Legislativo, o Judiciário tem tido um posicionamento mais progressista em relação às demandas da população LGBT, uma vez que tem assegurado um número crescente de direitos a essa população. Os principais direitos assegurados são os previdenciários, de adoção e, no caso de pessoas transexuais, de alteração do nome e do sexo em documentos de identificação. A violência letal contra pessoas LGBT

²² Alguns segmentos do movimento LGBT utilizam variações como lesbofobia e transfobia para se referirem às violências e discriminações sofridas por categorias específicas. Porém, geralmente se usa o termo homofobia para se referir às diversas formas de violências e discriminações sofridas por todas as categorias. Nesse trabalho, o termo homofobia será utilizado nesse sentido, embora se reconheça que as categorias sofrem violências e discriminações específicas.

também tem recebido por parte de juízes e tribunais, maior atenção, sendo-lhe atribuída em alguns casos, a caracterização de “crime de ódio” (CARRARA, 2010).

Mas a ação do Judiciário de maior alcance e que teve maior repercussão, refere-se à decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) que, em maio de 2011, aprovou a união estável entre pessoas do mesmo sexo, equiparando-a com a união estável dos casais heterossexuais. Com tal decisão, a união estável entre pessoas homossexuais passou a incorporar direitos relativos aos bens, à previdência, à herança, passando a ser reconhecida nacionalmente como entidade familiar.

Em se tratando do Executivo, principalmente no âmbito federal, tem-se desenvolvido nos últimos anos políticas voltadas às demandas LGBT. Em 2004, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) lançou o Programa Brasil sem Homofobia. Esse Programa tinha o objetivo de implementar ações com vistas à prevenção e ao combate da homofobia. Das deliberações da 1ª Conferência Nacional LGBT realizada em 2008, elaborou-se o Plano Nacional de Promoção da cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, lançado em 2009. Esse Plano, formulado a partir da transversalidade de temas e da articulação de vários ministérios, estabelecia uma série de diretrizes e ações de curto e médio prazo e tinha como objetivo geral, orientar a construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT (BRASIL, 2012f)²³

Destacam-se ainda no Executivo, a criação de centros de referência LGBT nos Estados e do Conselho Nacional LGBT em 2010, assim como as ações do Programa Nacional de DST-AIDS. Em se tratando de ações específicas para o seguimento transexual, em 1997 o CFM emitiu a Resolução 1.482/97²⁴ que regulamenta sobre a realização de cirurgias de transgenitalização. A seguir, seguem alguns trechos dessa Resolução considerados pertinentes à discussão aqui feita.

O Conselho Federal de Medicina [...],

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

²³ Disponível em: <http://www.sedh.gov.br/>. Acesso em: 11/06/2011

²⁴ Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482_1997.htm. Acesso em: 17/07/2011.

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

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

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

RESOLVE:

1. Autorizar, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo;

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

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

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

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

4. As cirurgias só poderão ser praticadas em hospitais universitários ou hospitais públicos adequados à pesquisa (BRASIL, 2012a).

Como se vê, a concepção de que as pessoas transexuais seriam propensas à automutilação e ao suicídio aparece como uma justificativa para a realização das cirurgias de transgenitalização. A definição de “transexualismo” segue a dos manuais de transtornos mentais e a cirurgia é vista como a principal etapa do tratamento. Um fato curioso é a exigência da idade mínima de 21 anos, tendo em vista que a maioridade civil é de 18 anos. A Resolução 1.482/97 vigorou até 2002, quando foi revogada pela Resolução 1.652/2002²⁵.

²⁵ Disponível em http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652_2002.htm. Acesso em: 17/07/2011

Nessa nova Resolução, considerando principalmente os bons resultados das cirurgias em mulheres transexuais, assim como as dificuldades técnicas ainda presentes nas cirurgias em homens transexuais, o CFM resolve:

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

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

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

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

Parágrafo 3º - A qualquer ocasião, a falta de um dos membros da equipe ensejará a paralisação de permissão para a execução dos tratamentos (BRASIL, 2012b).

A principal alteração feita pela Resolução 1.652/2002 foi retirar o caráter experimental das cirurgias em mulheres transexuais, autorizando a realização desses procedimentos independente de atividade de pesquisa, tanto por hospitais da rede pública, quanto por hospitais privados. Foi também acrescentado um parágrafo reiterando a obrigatoriedade de os tratamentos serem realizados por equipe multidisciplinar.

Em 2010, o CFM emitiu uma nova resolução em revogação à anterior. A Resolução 1.955/2010²⁶ retirou o caráter experimental das cirurgias de mastectomia e de histerectomia em homens transexuais, sendo que a partir de então, da mesma forma que as cirurgias em mulheres transexuais, a realização desses procedimentos está autorizada a qualquer hospital da rede pública ou privada que esteja de acordo com as recomendações do Conselho. O texto dessa Resolução, como que sinalizando uma mudança de posicionamento do CFM em relação à transexualidade, traz a seguinte observação: (Onde se lê “Ausência de outros transtornos mentais”, leia-se “Ausência de transtornos mentais”).

²⁶ Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm. Acesso em: 17/07/2011

Em 2008, ainda quando vigorava a Resolução 1.652/2002 do CFM, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 1.707/2008²⁷, da qual seguem alguns trechos.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE,

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

Considerando que a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, instituída pela Portaria nº 675/GM, de 31 de março de 2006, menciona, explicitamente, o direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS);

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

Resolve:

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

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

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

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

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

²⁷ Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html. Acesso em: 18/09/2011

IV - a capacitação, a manutenção e a educação permanente das equipes de saúde em todo o âmbito da atenção, enfocando a promoção da saúde, da primária à quaternária, e interessando os pólos de educação permanente em saúde (BRASIL, 2012g).

Observa-se que o Ministério da Saúde se empenhou em formular uma proposta de atendimento às pessoas transexuais com base no reconhecimento de que a identidade de gênero, assim como a orientação sexual, em si só são fatores determinantes e condicionantes da saúde, além de que as pessoas transexuais compõem um grupo que sofre sérias discriminações e violações de direitos. Assim, reitera que um atendimento livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero é um direito de todos os usuários do SUS.

A proposta do Ministério da Saúde para o atendimento de pessoas transexuais no âmbito do SUS está pautada nos princípios de universalidade, integralidade e equidade de atenção à saúde. Assim, engloba o reconhecimento de demandas específicas de saúde, a humanização da atenção e uma concepção de saúde para além da ausência de doenças, que leve em consideração todos os meios possíveis de promoção da saúde. Foi nessa direção que o Ministério da Saúde incumbiu a Secretaria de Atenção à Saúde de elaborar as regulamentações do atendimento pelo SUS, o que foi feito através da Portaria 457/2008.

A Portaria 457/2008 seguiu as resoluções do CFM e tentou adequar-se às propostas discutidas em eventos sobre atenção à saúde de pessoas transexuais, os quais contaram com a participação de técnicos do Ministério da Saúde, profissionais da rede pública de saúde, pesquisadores acadêmicos e representantes do movimento social organizado. O ponto central dessas propostas é o princípio de saúde integral, de forma que a atenção à saúde não restrinja ou centralize a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções corporais. Esse modelo de atenção à saúde de pessoas transexuais diverge do modelo estritamente biomédico (diagnóstico: transtorno de identidade de gênero; tratamento: cirurgia de transgenitalização), especialmente por considerar a pluralidade de descrições da experiência transexual (ARÁN, 2008).

No que tange às indicações de cirurgia de transgenitalização, a referida portaria estabelece que caso o usuário seja diagnosticado como transexual pela equipe multiprofissional após os dois anos de acompanhamento terapêutico, o mesmo estará apto à realização da referida cirurgia. No entanto, isso não significa que deva necessariamente se submeter a tal procedimento, visto que se trata de um dentre outros

recursos terapêuticos disponíveis à pessoa transexual em seu processo transexualizador (BRASIL, 2012h).

De acordo com a portaria supracitada, a pessoa transexual que escolher a intervenção na genitália deve fazê-lo através do processo psicoterapêutico e social, estando ciente de todos os aspectos cirúrgicos, tanto em termos de procedimentos, quanto aos resultados estéticos e funcionais. Ademais, deve ter consideração crítica em relação às expectativas inerentes à demanda de transgenitalização, às consequências estéticas e funcionais da cirúrgica nas experiências pessoais e relacionais, assim como em relação a outros requisitos para a melhoria da qualidade de vida, especialmente no que diz respeito às relações sociais (BRASIL, 2012h)²⁸.

A Portaria 457/2008 também determina a necessidade de atenção continuada às pessoa transexuais atendidas pelo SUS. Com relação à hormonioterapia, devem ser realizados exames com intervalo máximo de um ano, tanto para reduzir danos dos efeitos colaterais do uso da medicação, quanto para viabilizar diagnósticos precoces de outros problemas que possam decorrer do uso de hormônios, como câncer e baixa densitometria óssea. Deve haver ainda acompanhamento pós-cirúrgico por pelo menos dois anos, não somente em relação à recuperação do corpo cirurgiado, mas também para se analisar os efeitos do procedimento cirúrgico na qualidade de vida da pessoa transexual.

Ademais, conforme já mostrado na introdução desse trabalho, o Ministério da Saúde instituiu através da referida portaria as seguintes unidades para efetivarem o Processo Transexualizador custeado pelo SUS: Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG).

Apesar da imobilidade do Legislativo e das dificuldades de implementação, como se verá no tópico seguinte, pode-se dizer que o Estado tem desenvolvido ações voltadas à construção da cidadania de pessoas transexuais. Em relação às demandas da população LGBT num sentido geral, alguns autores, como Melo e col. (2010), são cautelosos na avaliação das iniciativas do Estado voltadas para essa população. Os

²⁸ Ibidem.

autores questionam principalmente a efetividade das propostas, tendo em vista o fato de ainda não existir legislação federal referente aos direitos LGBT, assim como dotação orçamentária suficiente para a execução de muitas das ações propostas.

3.2 – Dificuldades e obstáculos à plena cidadania de pessoas transexuais no Brasil

Se a luta pela despatologização da transexualidade no Brasil ocorre paralelamente a outras demandas não menos importantes, uma delas é o aprimoramento do atendimento oferecido pelos programas responsáveis pelo Processo Transexualizador. Segundo Daniela Murta, de forma geral esses programas enfrentam sérias dificuldades para se manterem em atividade, inclusive a resistência e o preconceito tanto de profissionais quanto da própria instituição. Na maior parte dos casos, o funcionamento dos programas depende de negociações institucionais decorrentes do esforço pessoal e cotidiano de profissionais que são, sobretudo, comprometidos em oferecer assistência de qualidade às pessoas transexuais (MURTA, 2011).

Existem ainda outros pontos problemáticos. Em se tratando de dificuldades de acesso, Guilherme de Almeida destaca a ausência de informações relacionadas à gestão dos programas e das instituições que os abrigam. Verifica-se ausência de informações sobre a localização dos programas, sobre as formas de conseguir o primeiro atendimento, sobre os requisitos de inclusão e permanência e, inclusive, sobre o fato de que se trata de um serviço público e gratuito (ALMEIDA, 2010).

Carla Machado, por sua vez, vai dizer que é comum deparar-se com profissionais da saúde que desconhecem a existência do Processo Transexualizador do SUS. Ademais, muitos desses profissionais compartilham de um entendimento equivocado de senso comum quanto à transexualidade, que é o fato de não fazerem distinção entre identidade de gênero e sexualidade, o que os leva a definirem e a entenderem as pessoas transexuais como homossexuais (MACHADO, 2010).

O que se vê, é que apesar de a política de saúde às pessoas transexuais ultrapassar a questão cirúrgica e se pautar num modelo de assistência integral, a ideia de “transexual verdadeiro” dos manuais médicos é reforçada pela noção patológica de sofrimento psíquico e corporal que se atribui à experiência transexual. Ademais, restringe-se a experiência transexual a um comportamento específico que procura

reproduzir os modelos de feminilidade ou de masculinidade. Ao se estabelecer essa especificação, não é apenas a pluralidade de experiências de gênero que é desconsiderada, mas também a diversidade da demanda assistencial (MURTA, 2011).

Essa situação é muito bem exemplificada no caso das pessoas travestis. Embora elas tenham a necessidade e o desejo de acesso à assistência médica por causa do uso de hormônios, elas não são atendidas, tendo em vista que o Processo Transexualizador do SUS opera a partir do diagnóstico de transexualidade da CID-10. A esse respeito, Tatiana Lionço comenta:

Apesar de viverem experiências bastante próximas no sentido de buscar a transformação corporal permanente e irreversível dos caracteres sexuais secundários, travestis e transexuais encontram no diagnóstico diferencial um grande divisor de águas. A resolução do Conselho Federal de Medicina condiciona a aplicabilidade dos procedimentos médicos de alteração dos caracteres sexuais ao diagnóstico de transexualismo, tanto em relação à transgenitalização quanto à hormonioterapia. As travestis, portanto, permanecem excluídas da atenção à saúde e relegadas à automedicação ou à ação das bombadeiras - travestis que injetam silicone industrial para a modelagem dos corpos de outras travestis (LIONÇO, 2009, p. 55).

Já os homens transexuais, são parcialmente atendidos pelo SUS, uma vez que apenas as cirurgias de mastectomia e histerectomia são cobertas. Como a neofaloplastia ainda é de caráter experimental, não é paga, pois o SUS não custeia procedimentos experimentais. No seminário *Transexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde*, Tatiana Lionço fez uma crítica sobre essa questão:

De fato, o que é que faz com que os homens transexuais estejam excluídos da prática de assistência à saúde? A medicina moderna não constrói pênis, homens que não têm pênis não são normais, práticas de saúde que não se voltem a uma 'normalização' estão fora da possibilidade discursiva. Podemos pensar que há vários homens que não têm pênis, ou que poderiam ter um pênis diferente se não tivessem sido corrigidos na cirurgia pediátrica ao nascer; mas, pelo fato de os homens não poderem ser construídos, numa perspectiva normalizadora, com corpos considerados 'normais', eles estão excluídos da política de assistência à saúde (ARILHA; LAPA; PISANESCHI, 2010, p. 242-243).

Essas situações mostram que, em se tratando da prática, os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS não se efetivam. Se esses princípios fossem levados a cabo, essas pessoas teriam suas demandas de saúde específicas automaticamente atendidas pelo SUS. O que se percebe, é que o acesso aos benefícios do SUS fica condicionado a algum tipo de adequação, o que contraria os seus próprios princípios.

Ao problematizar o diagnóstico de “transexualismo” e o seu uso como referência de acesso às ofertas de assistência, Daniela Murta vai dizer que a primeira condição para a efetivação da cidadania das pessoas transexuais, é deslocar a transexualidade do território normativo da patologização. Além disso, as estratégias de garantia dos direitos dessas pessoas não devem ser vislumbradas a partir de uma definição psicopatológica de transexualidade (MURTA, 2011).

Mas não é apenas em relação ao acesso à saúde que a cidadania das pessoas transexuais enfrenta obstáculos. Conforme foi dito no tópico anterior, um dos direitos que o Judiciário tem assegurado às pessoas transexuais é a alteração do nome e do sexo em documentos de identificação. No entanto, é preciso ressaltar que isso ocorre de forma muito pontual. Por falta de legislação, cada situação é resolvida com base na compreensão individual dos juízes. Foi isso o que mostrou uma reportagem²⁹ assinada por **Iberê Thenório** e publicada no sítio G1 em 22 de janeiro de 2011.

De acordo com a reportagem, existem muitas pessoas transexuais que enfrentam impasses entre os direitos da cirurgia de transgenitalização e o de mudança de nome nos documentos. Em muitos casos, mesmo a pessoa tendo se submetido à cirurgia, o direito de mudança do nome pode levar muitos anos para ser consentido. O exemplo citado pela reportagem nesse caso foi o de Cristyane Oliveira, uma mulher transexual moradora de Porto Alegre, que após realizar a cirurgia pelo do SUS, precisou esperar cinco anos para a mudança do nome, conforme relatou: “Depois, ainda levou cinco anos para conseguir retificar meus documentos. Eu tinha um direito conquistado e outro negado. Nos meus documentos, ainda era outra pessoa” (THENÓRIO, 2011, s.p.).

Em outros casos, a pessoa consegue a mudança de nome antes mesmo de realizar a cirurgia de transgenitalização. Foi o que aconteceu com Carla Amaral, uma militante do movimento transexual e travesti de Curitiba. À época da reportagem, havia três anos que ela tinha entrado na Justiça e mudado o nome e o sexo em seus documentos, mas ainda não tinha sequer conseguido ingressar em um programa de transgenitalização, como declarou: “Eu estou há cinco meses esperando a primeira consulta”³⁰.

²⁹ Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2011/01/com-cirurgia-liberada-transexuais-tem-batalha-para-trocar-nome-oficial.html>. Acesso em: 23/10/2012

³⁰ Ibidem.

Em relação à primeira situação, muitos dos programas de transgenitalização incluem em suas atividades o encaminhamento da pessoa para o processo de mudança de nome após o procedimento de transgenitalização. No entanto, há uma crítica à tendência de se condicionar a mudança do nome à realização da cirurgia, mesmo porque não são todas as pessoas transexuais que desejam a operação. É como se o acesso a outros aspectos da cidadania dependesse da realização da cirurgia. A esse respeito, Arán e Murta (2009) comentam:

Assim, constatamos que alguns homens e mulheres transexuais podem desejar a cirurgia de transgenitalização pela exclusiva necessidade de reconhecimento social mais amplo, o que nos faz pensar que a cirurgia não necessariamente seria indicada se vivêssemos num mundo onde a diversidade de gênero fosse possível. Estas pessoas não apenas já têm uma vida afetiva e sexual satisfatória, como também já são reconhecidas pelo gênero a que dizem pertencer e em outras condições poderiam permanecer como estão, desde que pudessem realizar a mudança do nome civil (ARÁN; MURTA, 2009, p. 21).

Sobre esses impasses em relação à mudança do nome, Guilherme de Almeida tem o seguinte posicionamento:

Alinho-me à perspectiva daqueles que defendem que a autorização imediata para mudança do nome e do sexo deva ser uma possibilidade para aquelas(es) que afirmem sua insatisfação com o gênero com que foram assignados ao nascerem (que pretendem realizar procedimentos médicos de transformação corporal ou não) (ALMEIDA, 2010, p. 145).

Diante da impossibilidade de mudança do nome por falta de legislação, uma medida que ultimamente vem sendo adotada por muitas repartições públicas nos âmbitos municipal, estadual e federal, assim como por alguns conselhos profissionais, é a permissão do uso do nome social a pessoas transexuais e travestis. Apesar de aprovada por grande parte das pessoas transexuais e travestis, essa é uma medida paliativa, uma vez que é válida apenas no contexto da instituição que a concede (CARVALHO, 2011).

Vale ressaltar que um nome não condizente com a aparência de gênero é uma das principais causas de constrangimentos vividos por pessoas transexuais e travestis em seu dia-a-dia. Por esse motivo, o direito à mudança de nome se tornou uma das grandes bandeiras de luta do movimento transexual e travesti, sendo que muitas militantes acreditam que a partir da mudança do nome, se começa a conquistar outros espaços de cidadania³¹.

³¹ Ibidem.

3.3 - Omissões, resistências e homofobia no âmbito legislativo

Se no Brasil, a falta de legislação é um fator que compromete o acesso das pessoas transexuais à cidadania, algumas indagações se fazem necessárias. O que tem dificultado ou impedido a elaboração e aprovação de leis que contemplem os direitos das pessoas transexuais? O que faz com que essas pessoas sejam “marcadas” para a desigualdade de direitos?

Em primeiro lugar, é preciso dizer que, se o posicionamento do Legislativo em relação às demandas LGBT como um todo tem sido marcado pela resistência e pela omissão, isso se deve especialmente à atuação de parlamentares declaradamente contrários aos direitos da população LGBT. Destacam-se nesse sentido principalmente os parlamentares integrantes das chamadas bancadas evangélica e católica, que baseiam seus argumentos em concepções de cunho religioso.

Em relação à criminalização da homofobia, os parlamentares religiosos alegam que a aprovação do projeto cercearia a pregação contra a homossexualidade, considerada um pecado pelas igrejas (CARRARA, 2010). Quanto ao projeto de união civil entre pessoas do mesmo sexo, se respaldam no princípio bíblico de que a ordem natural é a união entre pessoas de sexos opostos com a finalidade de procriação (MELLO, 1999).

Mesmo as ações do Judiciário e do Executivo a favor da causa LGBT, não são poupadas da oposição dos referidos parlamentares, que alegaram inconstitucionalidade à aprovação pelo STF da união estável entre pessoas do mesmo sexo. Manifestaram-se também contrários em relação a uma ação específica do Executivo, o chamado “Kit anti-homofobia”, que já estava pronta para ser executada, mas que acabou sendo cancelada. Tratava-se de uma ação que previa a distribuição em escolas públicas de materiais educativos de combate à homofobia.

Merece destaque pormenorizado uma ação do deputado João Campos, representante de Goiás. Esse deputado apresentou em abril de 2011 o Projeto de Decreto Legislativo 52 (PDC 52/2011)³². A proposta desse Projeto é sustar a aplicação das já citadas Portarias 1.707/2008 e 457/2008 que respectivamente instituem e regulamentam o Processo Transexualizador no âmbito do SUS.

³² Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=498384>. Acesso em: 11/11/2012

Na justificação de seu Projeto, o deputado João Campos argumenta que essas portarias estariam fora do contexto, uma vez que o sistema de saúde pública do Brasil encontra-se em “falência total”, visto que, em virtude da carência de recursos humanos e materiais, pessoas portadoras de doenças graves enfrentam dificuldades de acesso ao atendimento médico básico. O argumento de João Campos parece ser o seguinte: num contexto de precariedade de recursos, as cirurgias de transgenitalização não se justificariam, especialmente por se tratarem de procedimentos de alto custo e não prioritários.

Além de que, segundo João Campos, não existe no Brasil até o momento nenhuma lei, no sentido estrito, que disponha sobre as cirurgias de transgenitalização. As Portarias 1.707/2008 e 457/2008 não teriam o alcance de instituir o direito à cirurgia de transgenitalização e a obrigação de os órgãos públicos de realizar tal procedimento, pois se trata de atos normativos, cuja função é apenas disciplinar a execução da lei.

Por fim, sob essa alegação de que as referidas portarias ultrapassaram os limites de suas competências, João Campos defende que suspender os efeitos de atos administrativos que excedem o limite do poder regulamentar é, antes de tudo, uma medida que visa proteger a competência do Poder Legislativo, instância de fato responsável pela elaboração das normas de direitos e deveres.

O que se evidencia, é que em se tratando de ações contrárias aos direitos da população LGBT, o que não falta é a agilidade na elaboração de projetos. Pode-se tomar essa resistência do Legislativo à aprovação de leis que contemplem os direitos da população LGBT, como um exemplo do que Bobbio (1992) achou digno de ser lembrado: o fato de que, “historicamente, a ilusão do fundamento absoluto de alguns direitos estabelecidos foi um obstáculo à introdução de novos direitos, total ou parcialmente incompatíveis com aqueles” (BOBBIO, 1992, p. 22).

Bobbio contesta a concepção de fundamento absoluto que é atribuída a alguns direitos, argumentando que o que parece fundamental para um determinado contexto histórico ou cultural, pode não o ser para outros. Além de atestar que os direitos ditos naturais são, na realidade, direitos históricos, o autor afirma que os direitos surgiram no início da era moderna, vindo a se tornar uma das principais referências do progresso histórico das sociedades³³.

³³ Ibidem.

Sabe-se que as classificações sociais são controles destinados a conferir ou a manter a inteligibilidade cultural. Ora, em relação às classificações que envolvem o gênero e a sexualidade, isso não seria diferente. As pessoas transexuais, assim como as demais categorias LGBT, não se encaixam dentro da classificação de sujeitos inteligíveis do contexto ocidental contemporâneo, os quais apresentam relações de coerência entre sexo, gênero, e sexualidade (BUTLER, 2003).

Essa inteligibilidade é prescrita pelo que Michael Warner denominou de heteronormatividade, a naturalização e a instituição da heterossexualidade como norma para toda a sociedade (MISKOLCI, 2009). A diversidade sexual e/ou de identidade de gênero são categorias que não correspondem às normas do sistema heteronormativo. A transexualidade subverte um dos argumentos chave desse sistema, qual seja a naturalidade das relações homem/pênis mulher/vagina (BENTO, 2006).

Conforme destacam Mello e col. (2010), o ponto de vista heteronormativo exerce grande influência na forma como a questão da diversidade sexual e de identidade de gênero é tratada pelo Poder Legislativo. A omissão e a morosidade dessa instância de poder em relação às demandas LGBT, se devem especialmente à atuação de parlamentares que privilegiam única e exclusivamente a heterossexualidade, desconsiderando a legitimidade dos direitos das demais categorias.

Se pensarmos essa questão a partir da proposição de Bobbio (1992), de que cada novo direito adquirido por um determinado grupo acarreta a negação de um direito até então exclusivo a um grupo oponente, constata-se que o que está na resistência ao reconhecimento da cidadania LGBT situa-se no campo do simbólico. Em termos materiais, o reconhecimento dos direitos LGBT não implica em negação de direitos de nenhum outro grupo. Porém, a inteligibilidade prescrita pelo sistema heteronormativo é que será maculada.

CAPÍTULO 4

DESPATOLOGIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE NO BRASIL

A *Stop Trans Pathologization 2012* é uma campanha de âmbito internacional que tem como principal reivindicação a retirada da transexualidade dos manuais de doenças mentais. Além disso, exige-se que as pessoas transexuais tenham o direito de mudança do nome e do sexo nos documentos de identificação sem a necessidade de avaliação psiquiátrica. Reivindica-se também o direito à livre decisão sobre o corpo, que é o direito de decidir sobre as transformações corporais. Por fim, há uma exigência que não diz respeito à transexualidade, mas à intersexualidade. Exige-se nesse caso o fim das operações reparadoras em crianças recém-nascidas.

Pode-se dizer que a campanha pela despatologização da transexualidade é, antes de tudo, uma tentativa de negociação com o saber médico, tendo em vista que, no caso da CID, o que se reivindica não é exatamente a retirada da categoria do compêndio médico, mas uma mudança de codificação. A proposta é que a transexualidade seja retirada do tópico de transtornos mentais e, através de uma menção não patologizante, seja incluída num tópico relacionado aos processos de saúde não baseados em enfermidades.

Não se trata, portanto, de uma ruptura com a medicina. Essa negociação pode ser entendida inclusive como uma possibilidade de estreitamento das relações entre ciências humanas e ciências médicas.

Nesse capítulo serão apresentados os atores e as dinâmicas da campanha pela despatologização da transexualidade no Brasil, assim como serão analisados os discursos que envolvem o debate, tentando identificar os conhecimentos que os fundamentam.

4.1 – Os atores e as dinâmicas da campanha pela despatologização da transexualidade no Brasil

As ações que podem ser consideradas como uma campanha pela despatologização da transexualidade no Brasil não tem estrutura orgânica, trata-se de iniciativas absolutamente fragmentadas. As manifestações de apoio podem variar desde assinaturas colhidas em manifestos lançados em eventos de discussão sobre o tema, até

adesões enviadas por grupos e organizações à STP 2012. De acordo com informações do sítio da STP 2012, os grupos e organizações do Brasil que enviaram adesão à Campanha, são os seguintes:

- ANIS – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (Brasília);
- Associação da Parada do Orgulho GLBT de São Paulo (São Paulo);
- Coletivo Stonewall (Curitiba, Paraná);
- Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro;
- Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul;
- CUS-Grupo de Pesquisa em Cultura e Sexualidade da Universidade Federal da Bahia (Salvador, Bahia);
- Fórum Paulista de Travestis e Transexuais (São Paulo);
- Fórum Paulista de ONGs LGBT (São Paulo);
- Grupo de Pesquisa Corpo, Identidades e Subjetivações (Universidade Federal de São Carlos, São Paulo);
- Instituto APHRODITTE – Grupo organizado de articulação para Inclusão Social e Cidadania de Transexuais e Travestis (São Paulo);
- Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense (Niterói/Rio de Janeiro);
- Núcleo de Identidade de Gênero e Subjetividades (NIGS), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (Florianópolis).

Apesar de não estarem na lista de adesões do sítio da STP 2012, há ainda outras organizações e grupos a serem destacados, dentre as quais o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP); a “Associação Brasileira de Estudos da Homocultura (ABEH)”; o “Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Diversidade Sexual, Gênero e Direitos Humanos – Núcleo Tirésias” da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; o “Ser-Tão – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade” da Universidade Federal de Goiás; a CSP-Conlutas – Central Sindical e Popular; o “GENI – Grupo de Estudos de Gênero, Memória e Identidade” da Universidade Federal do Maranhão; e o “GEPSs – Grupo de Estudos e Pesquisas em Sexualidades” da Universidade Federal do Espírito Santo.

Em se tratando de atividades voltadas à questão da despatologização da transexualidade, em sua maioria tais atividades partiram do seguimento acadêmico. O

Núcleo Tirésias, coordenado pela pesquisadora Berenice Bento, além de discutir, está desenvolvendo uma pesquisa sobre a questão da despatologização. Em Florianópolis, o NIGS promoveu em outubro de 2012 o “III Trans Day NIGS”, evento que teve duração de dois dias e foi composto pelo “Seminário transfobia, cidadania e identidades TRANS”, pela “Mostra cinematográfica de filmes trans” e pela exposição fotográfica “Pelas ruas... sem etiquetas!”

Ainda no seguimento acadêmico, o Ser-Tão foi um dos promotores da mesa-redonda “Transexualidade: desafios médicos e sociais”, realizada em março de 2012 em Goiânia. Por sua vez, foi promovido pelo GENI, em parceria com a CSP-Conlutas e a Comissão de Direitos Humanos da OAB do Maranhão, o “Outubro Trans”, evento que aconteceu em outubro de 2011 e que, a exemplo do “Trans Day NIGS”, contemplou discussões e exibições de filmes. O evento contou com a presença de João Nery, considerado o primeiro homem transexual a realizar a cirurgia de transgenitalização no Brasil, que além de conferencista, lançou na ocasião o seu livro “Viagem Solitária – memórias de um transexual trinta anos depois”.

O tema da transexualidade fez parte também do “II Seminário de Educação, Diversidade Sexual e Direitos Humanos”, evento que aconteceu em outubro de 2012 em Vitória, que foi realizado pelo GEPSs e que também teve João Nery como conferencista. Já a ABEH, em seu “VI Congresso Internacional sobre diversidade sexual e de gênero”, ocorrido em agosto de 2012, teve uma mesa que contemplou a discussão da despatologização da transexualidade.

Fora do contexto acadêmico também aconteceram atividades de apoio à despatologização da transexualidade. Em maio de 2011, o CRP-SP lançou um Manifesto de apoio à despatologização das identidades trans, através do qual defende a não medicalização da sociedade; a retirada do “transtorno de identidade de gênero” dos manuais diagnósticos; a assistência médica não condicionada a um diagnóstico psiquiátrico; o direito de mudança de nome e sexo nos documentos sem a obrigatoriedade de tratamento ou diagnóstico; e o investimento na formação de profissionais qualificados para um atendimento integral.

Diferentemente do vem ocorrendo em outros países, especialmente em países europeus, no Brasil não houve até o momento manifestações de rua pela

despatologização da transexualidade. Por outro lado, a da dia a transexualidade vai ganhando visibilidade, especialmente pela mídia televisiva.

4.2 – Demarcações identitárias

Na realização dessa pesquisa participei de um evento que reuniu pessoas transexuais, sendo todas elas mulheres. Na ocasião, ouvi de uma das participantes, uma jovem militante do movimento transexual, o seguinte relato:

“Eu sou contra a despatologização, porque se despatologizar, vai igualar transexual com travesti. Eu não acho justo, na hora que falar trans, vai lembrar prostituição, de ficar mexendo com homem na rua. [...] É como você arrumar uma cama maravilhosa, e o outro chegar e pular em cima de qualquer jeito” (Participante).

Na entrevista que realizei com a entrevistada 2, também militante do movimento transexual, pude observar discursos que também tentavam demarcar as diferenças entre pessoas transexuais e travestis. De acordo com as falas da entrevistada, as pessoas travestis são “clandestinas”, pois estão na rua “apanhando dos bofes, da polícia, dos clientes, ganhando tiro”. Em se tratando do acesso aos serviços de saúde, “as travestis estão lá atrás nesse processo, não acompanharam as transexuais. E a porta aberta, de entrada no SUS para as travestis são: Aids e o pronto socorro” (Entrevistada 2).

Bruno Cesar Barbosa traz em sua dissertação de mestrado alguns apontamentos nessa direção. Na observação de um grupo formado por pessoas transexuais e travestis, ele constatou a existência de conflitos relacionados à identidade entre uma categoria e outra. Esses conflitos refletiam uma degradação mútua de atributos imputados à categoria alheia. Para as transexuais, as travestis são *putas*, porque são relacionadas com prostituição, enquanto que para as travestis, as transexuais são *doidas*, por acharem que são mulheres (BARBOSA, 2010, grifos no original).

Sobre essas estratégias discursivas de demarcação identitária, na entrevista que concedeu a essa pesquisa, Berenice Bento fez o seguinte comentário:

Essa coisa das demarcações identitárias das margens é uma coisa tão cruel, porque, por exemplo, quando você pensa [...] aquela questão de classe, a “bicha pão com ovo”, ou quando é um homossexual negro e o cara fala “a bichinha fedida” [...], ou principalmente por ser feminino, como o gay feminino sofre muito mais as violências verbais dos próprios colegas de identidade sexual. A constituição da identidade é sempre um processo muito violento, porque não basta dizer “eu sou”, eu tenho que me afirmar negando o outro, e é o outro mais próximo. [...] “Eu sou gay, mas não sou efeminado, não sou

feminino, eu sou ativo”. Então, é sempre uma marca de se colocar, de produzir uma existência nesse mundo buscando apagar o outro, um outro que geralmente é o mais próximo. Esse outro que é tão próximo que vem como um fantasma na minha subjetividade (Berenice Bento).

Segundo Butler (1998), os processos de diferenciação que distinguem o sujeito de seu exterior constitutivo são excludentes e degradantes e fazem parte da produção de qualquer identidade. Os elementos exteriores são constitutivos da identidade porque têm a função de demarcação, sendo reiteradamente afastados de forma a se garantir a integridade do eu. Noutro trabalho, Butler afirma que

[...] o “abjeto” designa aquilo que foi expelido do corpo, descartado como excremento, tornado literalmente “Outro”. Parece uma expulsão de elementos estranhos, mas é precisamente através dessa expulsão que o estranho se estabelece. A construção do “não eu” como abjeto estabelece as fronteiras do corpo, que são também os primeiros contornos do sujeito (BUTLER, 2003, p. 190).

Outra questão que também apareceu nas falas das participantes do evento supracitado foi a cirurgia de transgenitalização. Pelos menos três participantes, quando fizeram o uso da palavra, reiteraram a satisfação por terem feito a cirurgia e aconselharam as que ainda não fizeram, a fazê-lo. De acordo com suas falas, uma mulher transexual tem que ter vagina, pois é um elemento diferenciador. Barbosa (2010) também observou que entre os sujeitos de sua pesquisa, a cirurgia de transgenitalização era evocada para diferenciar pessoas transexuais de travestis.

Essa questão também apareceu na fala da entrevistada 2. Na época, havia sido exibida no programa *Fantástico* da Rede Globo de Televisão uma reportagem sobre transexualidade. Nessa reportagem, uma mulher transexual teria dito que não desejava mais se operar, pois já não tinha mais conflitos entre “corpo e mente”. Diante dessa declaração, a entrevistada questionou:

“Então por que você não fala que é travesti? Porra! Fala que é travesti, porque eu estou cansada de ver as coitadas que se assumem como travesti, que estão com a bunda e os peitos de fora tentando ganhar dinheiro na esquina, apanhando” (Entrevistada 2).

O temor da entrevistada, é que diante de declarações de que não se tem “angústia entre corpo e gênero”, possa aparecer algum deputado e dizer:

“Então se as pessoas ficam bem com o corpo, com a alma, vamos arrumar um tratamento pra essas pessoas não arrancarem dinheiro do SUS pra fazer cirurgia de mudança de sexo, não é?” [A entrevistada prossegue em seu argumento dizendo:] Mas se ela está bem com o corpo dela, hoje ela, e eu vou falar rasgado porque acho que vocês têm que escrever rasgado e pensar rasgado. Se ela se masturba, se ela bate

punheta, se ela come o cu do veado, se ela goza com aquele lugar chamado genitália, pênis, com o gênero dela, feminina, sabe? Pra que que ela vai fazer cirurgia? Pra que que ela vai passar por experimentos de técnicas de médico? [...] Pra que que ela vai passar por uma cirurgia evasiva daquela forma, cansativa, ham? Pra que, pra ser normalzinha? Pra ser aceita? (Entrevistada 2).

Pode-se observar nessas falas que alguns pontos reproduzem o “transexual verdadeiro” dos manuais de transtornos mentais, principalmente em duas situações. A primeira é a ideia de que deve haver desconforto em relação à genitália, ao ponto de querer retirá-la. A segunda se relaciona à concepção de que a pessoa transexual é assexuada e não sente prazer com sua genitália. Ou seja, se ela se masturba, por que teria de fazer a cirurgia? Quanto a “ser normalzinha”, se relaciona à observação feita por Arán e Murta (2009) à possibilidade de algumas pessoas transexuais recorrerem à cirurgia somente por uma questão de aceitação social.

Ainda sobre demarcações identitárias, a entrevistada 2 fala em “gênero afirmativo” que, segundo ela, se trata da certeza de pertencimento a um dos gêneros, masculino ou feminino. Em sua opinião, esse seria o ponto diferencial entre as pessoas transexuais e travestis, pois, as últimas não teriam um “gênero afirmativo”, podendo se sentir, ora homens, ora mulheres. A respeito da distinção entre pessoas transexuais e travestis existir em apenas algumas partes do mundo, como no Brasil, ela vai dizer:

Aqui nós temos travestis e transexuais. Porque a nossa história, aí você tem que contar a nossa história. O marcador da nossa história tem um marcador das águas que chama Roberta Close. Sinto muito! É um marcador que veio diferenciar o que era travesti do que é transexual (Entrevistada 2).

A imagem de Roberta Close é evocada para negar qualquer semelhança entre pessoas transexuais e travestis, não somente por causa de seus atributos considerados nitidamente femininos, mas também porque ela sempre teve certeza de que é mulher. A evocação de atributos femininos, assim como a negação de masculinos, também aparece nas definições de transexual feita pelas pessoas que se identificavam como mulheres transexuais na pesquisa de Barbosa (2010).

A afirmação de que são mulheres é muito recorrente nos discursos. Segundo Carvalho (2011), muitas inclusive se aproximam do movimento feminista depois que se operam. Por esse motivo são criticadas e acusadas de divisionismo do movimento transexual. A metáfora de que após a cirurgia, “elas atravessam o arco-íris, pegam o

pote de ouro e vão embora”, é usada como uma acusação de falta de compromisso político para com aquelas que se identificam como transexuais.

Se a questão identitária aparece como central em alguns discursos, em outros vai ocupar um lugar secundário. No trecho a seguir, fica evidente que o que importa em primeiro lugar, não é achar uma concepção verdadeira para a transexualidade, mas garantir um processo de desconstrução da ideia de transexualidade como patologia, ao mesmo tempo em que se cobra do Estado o cumprimento do seu papel de promotor da cidadania.

Seja qual for o rumo das discussões e pactuações sobre a concepção verdadeira do que realmente somos, devemos garantir um processo de mudança nos valores atualmente concebidos relativos à patologia da transexualidade, assegurando que o governo não se omita em suas respostas às nossas necessidades (MACHADO, 2010, p. 161).

Conforme disse Regina Facchini no seminário *Transexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde*,

[...] enquanto não conseguirmos reconhecer os motivos dessas brigas motivadas pela identidade, que estão aí tão forte, não conseguiremos unificar posição ou unificar alguma posição do movimento em relação à despatologização (ARILHA; LAPA; PISANESCHI, 2010, p. 360).

Em síntese, as tentativas de demarcações identitárias por parte das pessoas transexuais buscam conferir inteligibilidade à transexualidade. Uma inteligibilidade que a define como diferente das experiências de travestilidade. O mesmo acontece em relação à proposta de despatologização da transexualidade. A campanha faz parte de um processo de construção de uma inteligibilidade pautada na noção de pluralidade de experiências, desconectada dos referenciais binários e da ideia de doença.

4.3 – Os contra-argumentos ao discurso patologizante

No artigo *Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas*, as autoras Berenice Bento e Larissa Pelúcio (2012) se propõem a contra-argumentar em relação a quatro situações que são tomadas para se justificar a “patologização do gênero”, às quais elas nomearam da seguinte forma:

- Argumento I – Diferença natural entre os gêneros;
- Argumento II – A visão suicidógena;
- Argumento III – Concessões estratégicas;
- Argumento IV – A autoridade científica.

O objetivo das autoras nesse texto é mostrar que a patologização da transexualidade e da travestilidade só ocorre em função das normas de gênero que, de diversas formas, tentam manter essas categorias sob o signo da patologia para assim garantir a “normalidade” heterossexual. Nos tópicos seguintes serão analisadas as principais ideias das autoras buscando relacioná-las aos objetivos dessa pesquisa.

4.3.1 – O contra-argumento à “diferença natural entre os gêneros”

A ideia de que os gêneros são naturalmente diferenciados está disseminada em todas as esferas e relações sociais. Nessa concepção, ou se nasce mulher, ou se nasce homem. As pessoas transexuais e travestis, uma vez que não corroboram essa premissa por não estarem devidamente ajustadas a nenhum dos gêneros, são consideradas como desvios, aberrações da natureza, ou na melhor das hipóteses, como doentes.

Conforme salientado pelas autoras, como que num processo de retroalimentação, a concepção de naturalidade das diferenças entre os gêneros é compartilhada pelo senso comum e o conhecimento científico hegemônico. Pela observação, o senso comum sustenta a argumentação de naturalidade dos gêneros, creditando às ciências biológicas as verdades irredutíveis das diferenças entre homens e mulheres. Por sua vez, o conhecimento científico hegemônico vale-se das recorrências observáveis nas relações entre os gêneros para atribuir cientificidade aos seus achados, o que reforça circularmente a ideia de diferença natural dos gêneros.

As autoras fazem uma observação importante ao afirmarem que, no que se refere à noção de naturalidade da diferença entre os gêneros, o senso comum e o conhecimento científico hegemônico são muito coesos, no sentido de não se saber onde termina um e começa o outro. Tecendo uma reflexão sobre essa afirmação, talvez se possa dizer que esse estreitamento de relações entre os dois conhecimentos advém de um fato: em se tratando de transexualidade e travestilidade, as ciências biológicas não dispõem de nenhum dado objetivo, de nenhum tipo de exame para provar que se trata de patologias.

Sendo assim, o que resta é efetuar a “patologização do gênero” com base na ideia de binarismo natural dos gêneros, considerando toda e qualquer manifestação identitária fora do marco binário, como um desvio a uma ordem naturalmente estabelecida. Assim, são totalmente desconsiderados os aspectos culturais e simbólicos

a partir dos quais são construídos os nossos entendimentos sobre os corpos, os gêneros, os órgãos e sua fisiologia.

O contra-argumento das autoras à noção de naturalidade dos gêneros é o cerne das discussões empreendidas por Berenice Bento, tanto neste trabalho de co-autoria com Larissa Pelúcio, como em todo o seu trabalho, qual seja a tese de que “o gênero tem menos a ver com natureza do que com relações de poder” (BENTO; PELÚCIO, 2012, p. 575). Sendo assim, vislumbra-se a importância política do gênero, um conceito cuja discussão remete a um espaço de lutas permanentes delineado pela multiplicidade de interesses.

Valendo-se dessa noção para pensar a questão da (des)patologização da transexualidade, constato que uma das disputas que marca o debate se dá entre campos de conhecimento. De um lado, o saber hegemônico representado pela medicina e por vertentes das ciências *psi*, defendendo a patologização. De outro, áreas como as ciências sociais, a história e a filosofia produzindo discursos contra-hegemônicos, problematizando o gênero e, direta ou indiretamente, defendendo a despatologização da transexualidade.

Ainda nessa discussão, Berenice Bento e Larissa Pelúcio apontam mais uma questão importante. Trata-se da situação em que as próprias pessoas transexuais se consideram doentes, como transtornadas de gênero, sendo a doença vista por muitas como um lugar de segurança. Segundo Daniela Murta, a patologização seria nesse caso uma referência para a pessoa transexual se compreender e se autodefinir. Dessa forma, a despatologização seria para essas pessoas, “tanto a perda do sentido dado ao sofrimento que vivenciam, quanto representa um prejuízo a um recurso que utilizaram contra a discriminação, visto que a ideia de uma enfermidade desresponsabiliza o sujeito sobre este aspecto de sua vida” (MURTA, 2011, p. 87).

Considero que essa seja uma questão delicada. Se entendermos que a pessoa se considera doente simplesmente porque absorveu o discurso patologizante, a tendência seria dizer que se trata de uma alienação da qual a pessoa precisa se libertar, pois se estaria desconsiderando a sua capacidade em produzir significados múltiplos para o gênero, o corpo e a sexualidade. Porém, em nome dessa mesma capacidade de se produzir significados múltiplos, é que considerar-se doente seria uma forma de conferir

sentido à vivência da transexualidade, como se vê na fala de Carla Machado no seminário *Transexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde*:

Não tenho um sistema hormonal satisfatório, como o meu biológico pede, então tenho uma diferença biológica aí, sim. Mas mesmo assim existe uma incongruência entre o biológico e o gênero, nos padrões sociais, e aí as doutrinas sempre nos trazem essa questão. Agora, onde está essa incongruência? Acho que a questão da patologização do gênero é muito importante, porque de repente é aí que a gente acha o ícone. Nós, da população, sabemos que tem alguma coisa de errado, não porque é bonito dizer que a gente nasceu diferente, mas porque a gente sofre com isso. Como o doutor Saadeh falou, existe um sofrimento e não podemos esquecer isso, pois, caso contrário, vamos invisibilizar a transexualidade como sofrimento psíquico, mental, como uma minoria discriminada (ARILHA; LAPA; PISANESCHI, 2010, p. 363).

Quando foi entrevistada para essa pesquisa, Berenice Bento contra-argumentou esse posicionamento dizendo que

[...] se lá no fundo ela [a pessoa transexual] se considera como uma pessoa que tem algum tipo de transtorno, tudo bem. Mas querer impor isso coletivamente, seria um nível muito grande de despolitização. [A autora prossegue argumento que:] A patologização não dá nada, não garante nada. Só retira, só retira humanidade, só retira principalmente a voz, a capacidade que esse outro tem de formular e construir significados pra sua, pro seu estado, suas alegrias, suas tristezas (Berenice Bento).

Por sua vez, Butler (2009) argumenta que, se por um lado o diagnóstico é visto por algumas pessoas como um meio de alcançar algum objetivo e, com isso, exercer a cidadania, por outro, a força patologizante do diagnóstico reforça e promove estigmas que afetam significativamente o exercício da cidadania. Para a autora, esse paradoxo da autonomia é intensificado justamente porque as normas de gênero não funcionam a favor da diversidade de experiências de vivência do gênero.

4.3.2 – O contra-argumento à “visão suicidógena”

A concepção de que as pessoas transexuais são potencialmente suicidas é muito recorrente para justificar a obrigatoriedade da psicoterapia nos protocolos de atendimento. Conforme descrito na Resolução 1.482/97, uma das condições para a realização da cirurgia de transgenitalização, é que a pessoa seja portadora de um “desvio psicológico permanente da identidade sexual, com tendência à automutilação e ou autoextermínio” (BRASIL, 2012a, s.p.).

Essa “visão suicidógena” é rebatida pelas autoras pelo contra-argumento de que dizer que a psicoterapia é obrigatória porque visa o bem das(os) demandantes, é na verdade uma forma de escamotear a posição hegemônica de que as pessoas transexuais e travestis são transtornadas, desconectadas com a realidade e, conseqüentemente, sem condições psíquicas de efetuarem escolhas. Para as autoras, essa é uma estratégia discursiva que desrespeita a autonomia e a condição de sujeitos das pessoas transexuais e travestis.

Dessa maneira, o protocolo utilizado nos centros de saúde que realizam o Processo Transexualizador adquire importância central na discussão promovida pelas autoras. Por esse protocolo, toda pessoa que deseja realizar a cirurgia de transgenitalização deve cumprir algumas exigências, que são: fazer psicoterapia por um período mínimo de dois anos; se submeter ao teste de vida real, o que significa usar diariamente roupas consideradas típicas do gênero identificado; tomar hormônios; realizar alguns testes psicológicos de personalidade e fazer exames laboratoriais de rotina.

As autoras problematizam especialmente o fato de o protocolo, assim como as demais regulamentações que orientam as políticas públicas para o atendimento à saúde de pessoas transexuais e travestis, se basear inteiramente nos preceitos da APA e da CID, que definem o gênero como uma categoria medicalizável, o que é contestado pelas autoras.

Se partirmos do pressuposto de que há múltiplas possibilidades de experiências e práticas de gênero, e de que as pessoas que solicitam alterações corporais ou desejam migrar legalmente de um gênero imposto para outro com o qual se identificam são sujeitos capazes de conferir sentido para essas transformações, não há justificativa para definir um protocolo fundamentado no transtorno mental. Questionar o protocolo, nos termos em que vem sendo implementado, é encarar a questão da patologização do gênero e colocá-lo na arena de debates, situando-o como categoria científica, por isso mesmo, histórica, o que significa considerar também seu caráter político (BENTO; PELÚCIO, 2012, p. 576).

Segundo as autoras, nesse campo de disputas, inúmeros protocolos alternativos foram propostos pelo movimento transexual em vários países, mas, no entanto, não adquiriram a mesma legitimidade dos que são utilizados nos centros de saúde voltados à população trans. O que é diferencial nesses protocolos alternativos, é que são estruturados com base no princípio de reconhecimento da condição de sujeito das

peças transexuais e travestis, considerando-as protagonistas de todas as decisões que lhes dizem respeito no processo de atenção à saúde, inclusive em relação à psicoterapia.

A psicoterapia é uma questão referenciada de diversas formas, como se observa nos trechos seguintes:

Meu entendimento e de alguns outros é que ela precisa deixar de ser um mero pré-requisito do acesso e possa ser um direito de cada um de nós, em face dos complexos rearranjos da vida privada e pública que experimentamos. O suporte terapêutico deveria contribuir para o máximo conforto subjetivo possível, especialmente em situações que geram ansiedade, críticas e nos momentos de tomada de decisão. Seja na preparação para a realização de procedimentos cirúrgicos irreversíveis, seja para lidar com as intercorrências sociais de tais intervenções, a psicoterapia pode contribuir para a redução de efeitos indesejáveis das mudanças (ALMEIDA, 2010, p. 129).

Observa-se que a visão de Guilherme Almeida sobre a psicoterapia se distancia completamente da ideia de obrigatoriedade, considerando os muitos benefícios que podem ser extraídos da psicoterapia. A opinião de Daniela Murta também segue nessa direção, em que a finalidade da psicoterapia não vislumbra a produção de um diagnóstico.

Sem qualquer intenção de cura do transtorno de identidade de gênero, de modo geral, a finalidade da psicoterapia é orientar o paciente sobre uma gama de possibilidades ainda não consideradas por ele em relação à sua vida antes e após as modificações corporais. Assim, com ênfase na complexidade do sujeito e na necessidade de serem estabelecidas metas realistas, visa auxiliar a pessoa a viver mais confortavelmente com sua identidade de gênero e atenuar também conflitos psíquicos relacionado a outras questões (MURTA, 2011, p. 32).

As observações da entrevistada 3, que é psicóloga, apontam para diferentes formas com que os sujeitos lidam com a psicoterapia e com a sua obrigatoriedade.

São muitas coisas diferentes que a gente tem aqui. Tem pessoas que chegam pra mim que já estão prontas, que eu poderia indicar pra fazer uma cirurgia sem passar pelo processo terapêutico. [...] Mas eu tenho casos também que é legítimo a pessoa passar pelo processo terapêutico. [...] Mesmo ela não querendo passar por isso, depois ela reconhece a importância do processo terapêutico. Mesmo esse vir por obrigação, com o tempo ele vai se transformando num processo terapêutico saudável, que a pessoa percebe que tem sim coisas a serem resolvidas, a serem ditas, a serem questionadas, a serem enfrentadas. O processo terapêutico ajuda muito. [...] Mesmo ela estando pronta, digamos na questão do gênero, tem muitas questões emocionais, questões psicológicas, sociais, físicas que ela lida no dia-a-dia e que isso de uma forma ou de outra influencia o seu comportamento (Entrevistada 3).

Todas essas declarações mostram que a psicoterapia é considerada como um elemento importante do Processo Transexualizador. Se hoje ela é de caráter obrigatório, isso talvez seja um dos fatores que levam muitas pessoas à resistência de realizá-la. Por outro lado, nem todas as pessoas teriam demanda de psicoterapia, conforme relatou a entrevistada 3. Isso reforça o argumento de que a decisão em realizá-la deve partir do usuário.

4.3.3 – O contra-argumento às “concessões estratégicas”

O argumento chamado pelas autoras de “concessões estratégicas” é talvez o mais recorrente nas discussões sobre despatologização da transexualidade. Grosso modo, esse argumento significa que concordar que a transexualidade seja uma doença, é uma estratégia para garantir que as pessoas transexuais não percam os direitos de assistência médica já adquiridos, uma vez que estes foram alcançados em virtude de se ter a transexualidade sob a condição de patologia.

Daniela Murta considera este ponto como um dos mais importantes da discussão, porque envolve consequências práticas. Muitas pessoas transexuais, apesar de concordarem com as mobilizações pela despatologização, argumentam que o acesso aos serviços de saúde só acontece em função do diagnóstico. Dessa maneira, consideram prudente que a patologização seja mantida, tendo em vista que, além de assegurar o direito à assistência médica, também garante que a realização de modificações corporais se dê no âmbito de cuidados hospitalares adequados e, em particular, na rede pública de saúde (MURTA, 2011).

Em virtude desse impasse, a entrevistada 2 afirma ter dois posicionamentos quanto à questão da despatologização da transexualidade no Brasil. Ou seja, ao mesmo tempo em que é a favor da despatologização, é também contra. Ela sustenta que esse é o posicionamento da maioria das pessoas transexuais no Brasil, onde faltam políticas públicas e aparato legislativo que contemplem as demandas dessa população. A entrevistada expõe seu ponto de vista da seguinte forma:

Eu sou a favor da despatologização [...], porque retirar da CID ou do DSM, de que as pessoas são disfóricas, ou têm algum tipo de transtorno relacionado a gênero, é, possibilita a gente a discutir gênero além do corpo. [...] Possibilita a discutir as possibilidades de sexualidades, a discutir gênero a partir de outros conceitos que não o marcador sexo. Só que, [...] tirar da patologização, é também tirar do

código de fazer cirurgia no SUS. [...] ‘Não é doença. Ela não tem problema psíquico em relação corpo e mente. Ela não tem problema. Se ela não tem problema, por que é que eu vou fazer cirurgia nela?’ A relação de gênero, vista dentro da saúde mental, é a única forma, ou da patologização, de ser operada e de quebrar a angústia entre corpo e gênero (Entrevistada 2).

Assim, explica seu posicionamento a partir do que ela considera ideal e real na forma como a transexualidade é tratada. O seu argumentado, é o de que existe muita diferença entre o que se deseja (ideal) e o que de fato se vive (real). Nesse sentido, ao mesmo tempo em que se reivindica uma nova forma de interpretação da transexualidade, levando em conta as possibilidades de vivências de gênero e sexualidade para além do marco binário, considera-se também a possibilidade de perder o benefício de assistência médica pelo SUS. Segundo ela, são situações diferentes,

[...] porque ideal, eu quero um mundo maravilhoso, eu quero um mundo sem homofobia, eu quero um mundo de igualdade de gênero, trabalho igual, de respeito, uma série de coisas. Isso é ideal. Real é outra coisa. Real sou eu lutar todos os dias, acordar de manhã e ir pro trabalho, aguentar os outros xingando. Todos os dias eu tenho um problema, vou resolver um problema. Isso é o real que nós temos. E o real que nós temos dentro da relação de gênero, da transexualidade é: as cirurgias são feitas por médicos (Entrevistada 2).

Conforme se vê nesses depoimentos, a assistência médica é referenciada através da cirurgia de transgenitalização, dando-se a entender que o direito mais importante a ser resguardado é o acesso a tal procedimento. O que importa é que as cirurgias continuem a ser realizadas, mesmo que para isso seja preciso recorrer à estratégia de aceitar-se como doente. Por esses motivos, a entrevistada revela que não se posicionou “nem a favor nem contra” a campanha pela despatologização da transexualidade, dizendo:

[...] ideologicamente eu sou a favor, mas politicamente hoje, eu sou contra. [...] Quando a gente vai despatologizar o gênero, a gente tem que pensar que, nós vamos fechar portas. Quando eu for despatologizar o gênero, eu tenho que criar outras possibilidades, outras ações pra que então todas entrem. Qual é o canal de todas dentro da saúde? De novo a aids? (Entrevistada 2).

Essa fala é bem representativa do que Berenice Bento e Larissa Pelúcio chamam de “argumento derrotista”. Como se pode observar no depoimento, não se levou em consideração que no Brasil já existe uma porta aberta que é o próprio SUS, pois o mesmo é regido pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. Assim, não precisa ser a aids o canal para se ter acesso à saúde caso a transexualidade

seja despatologizada. Obviamente que o SUS é precário, mas como lembra Berenice Bento, “o Estado não é estático, e nem algo que paira sobre nossas cabeças”. Nesse mesmo sentido, Mauro Cabral disse no seminário *Transsexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde* que “não podemos perder de vista que essa é uma relação construída, contingente, política e que podemos desafiar ao mesmo tempo em que lutamos para ampliar nossos direitos” (ARILHA; LAPA; PISANESCHI, 2010, p. 366).

Posicionamento semelhante tem Guilherme de Almeida. Para ele,

[...] este temor não deve impedir a despatologização, ao contrário, deve impulsionar a realização de fóruns interdisciplinares em que se discutam, cuidadosamente, os dispositivos que poderão ser construídos para assegurar, no plano do planejamento e da gestão do SUS, bem como no dia-a-dia dos serviços, a realização/ remuneração dos procedimentos dirigidos às pessoas que desejam transformações corporais e facilitar sua incorporação ao SUS como “respeitáveis usuários” (ALMEIDA, 2010, p. 141).

Mas a ameaça de perda da assistência médica numa eventual despatologização, não é uma questão presente apenas no discurso do movimento transexual ou de pessoas transexuais em particular, mas também nos discursos dos profissionais de saúde, conforme aconteceu com a entrevistada 3, que após dizer que a despatologização deve ocorrer, advertiu:

Só que essa despatologização para o SUS, ela traz muitas conseqüências, não é? Porque o SUS trata de doenças. Se tirar, se não for doença, como é que o SUS vai lidar com isso? Eu não sei, vai ter que ser uma discussão que já está sendo feita também. Como é que vai ser a questão do SUS, do tratamento, do acompanhamento, das cirurgias. Como é que vai ser justificado isso pelo SUS. É um problema que a gente vai ter que pensar e que resolver (Entrevistada 3).

Opinião semelhante tem o psiquiatra Alexandre Saadeh, que na sua apresentação no seminário *Transsexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde*, mencionou:

A despatologização tem que ser muito bem discutida, se não ela vai ser o quê? Uma cirurgia eletiva? O SUS paga uma cirurgia eletiva? É uma cirurgia plástica? Uma questão estética? Do que a gente está falando especificamente? Não sou nem contra, nem a favor, acho que precisamos amadurecer essas questões antes de ter uma definição passional e emocional em relação a isso (ARILHA; LAPA; PISANESCHI, 2010, p. 340).

Observa-se que nas falas dos dois profissionais, há o entendimento de que a despatologização é uma questão que precisa ser discutida. No entanto, é um entendimento sob ângulos diferentes. Para a entrevistada 3, é preciso discutir a adequação do SUS para garantir que o atendimento às pessoas transexuais não seja

suspensão em caso de despatologização. Já o psiquiatra, está se referindo à discussão da despatologização em si, se ela deve ocorrer ou não e o que isso significa.

Novamente, em nenhuma dessas falas se considerou os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, apesar de se tratar de profissionais da saúde. Por outro lado, prevalece a noção de saúde como ausência de doença, diferentemente da noção adotada pelo SUS, que é a definição da OMS, em que a saúde é concebida como um estado completo de bem-estar físico, psicológico e social.

Berenice Bento e Larissa Pelúcio vão apontar a contradição do argumento de concessões estratégicas. Para as autoras, quando se defende que a despatologização desobrigaria o Estado de custear os procedimentos de transformações corporais, está se desconsiderando a própria definição universalizante de Estado, além de concebê-lo como uma força abstrata para além do mundo da vida e com poder absoluto.

4.3.4 – O contra-argumento à “autoridade científica”

O argumento de cientificidade é o que mais explicita as relações de poder que instituem o diagnóstico de transexualidade. Conforme foi mostrado no primeiro capítulo desse trabalho, houve todo um processo de definições que culminou com a transexualidade incluída nos manuais de transtornos mentais. Quem conduziu esse processo foram profissionais que gozavam de autoridade científica, tanto é que ainda hoje são as referências principais nos estudos da transexualidade.

Mas o que ficou evidente desde o princípio, foi a impossibilidade de se aplicar os critérios de cientificidade ao diagnóstico de transexualidade, o que mostra que, se ainda hoje tal diagnóstico existe, é porque a autoridade científica dos manuais de transtornos mentais o mantém. Berenice Bento e Larissa Pelúcio questionam essa autoridade, mesmo porque os próprios manuais admitem limitações em seus conhecimentos.

Em termos de problemas psiquiátricos, o que faz sentido para a psiquiatria é a ideia de um desequilíbrio químico no cérebro a ser corrigido com medicação. Mas a transexualidade não se encaixa nessa lógica, pois não se trata de um transtorno mental, não é um problema psiquiátrico e muito menos algo passível de tratamento medicamentoso, o que torna incoerente a transexualidade estar inscrita no DSM.

Assim, Kropf e Ferreira (1997), citando o livro *A vida de Laboratório* de Bruno Latour e Steve Woolgar, mostram como um conhecimento científico adquire credibilidade, argumentando

[...] que a ciência não se distingue de outras práticas sociais, como postula a epistemologia, em função de uma superioridade cognitiva derivada da racionalidade intrínseca a esta atividade. O cientista, como qualquer outro ator social, é alguém que se utiliza de estratégias persuasivas que visam garantir a aceitação dos enunciados por ele produzidos. [...] A tese que Latour e Woolgar pretendem demonstrar é que o fato científico, estável e estabelecido como "natural", é o resultado de um processo de construção que tem a peculiaridade de só se completar enquanto tal na medida em que é capaz de apagar qualquer traço de si próprio. Ou seja, a produção do fato científico depende necessariamente de estratégias e procedimentos extremamente eficazes no sentido de eliminar os vestígios da trajetória na qual ele foi produzido (KROPF; FERREIRA, 1997, p. 592).

Esse trecho é elucidativo em relação a duas questões centrais na discussão aqui feita: as verdades são produzidas pelas e nas relações de poder e se naturalizam. Como mostra o texto, a tão exigida neutralidade científica pode ser comprometida pela persuasão dos cientistas a favor da aceitação de seus pressupostos.

Em dado momento Berenice Bento e Larissa Pelúcio questionam: “Se não existe nenhum exame clínico que conduza a produção do diagnóstico, como determinar a ocorrência do ‘transtorno’?” (BENTO; PELÚCIO, 2012, p. 579). A indagação que essa questão suscita é: E se existisse um exame clínico que comprovasse a ocorrência do “transtorno” de gênero? De que forma essa “verdade” poderia ser contestada? Parker e Aggleton 2001, com base em ideias de Foucault vão dizer que

[...] campos como a psiquiatria e a biomedicina são mais bem entendidos como sistemas culturais que oferecem reivindicações diversas à verdade. As provas que coletam e os entendimentos que promovem não são “fatos” ou “verdades” no sentido comum, e sim produtos sociais ligados ao poder das profissões. Esta visão radical do conhecimento e entendimento humano leva a um nível de humildade em face da “prova” sobre o mundo – os entendimentos são contextuais e provisórios (e isso se aplica mesmo às “ciências duras/naturais” e à biomedicina), e devem ser sempre entendidos assim. (PARKER; AGGLETON, 2001, p. 13).

O que faz com que o DSM e a CID tenham credibilidade é o fato de serem produtos de ciências vistas como produtoras de “verdades” verdadeiras. No entanto, não se deve esquecer que os “entendimentos são contextuais e provisórios”, como mostra o texto. É importante frisar que as próprias representações sociais de saúde e doença são

construídas ao longo do processo histórico e incluem tanto mudanças quanto permanências de mentalidades (SEVALHO, 1993).

4.4 – Transexualidade: um lugar de conflitos

Ao se pesquisar sobre a transexualidade depara-se com um campo marcado por conflitos. Em se tratando das demarcações identitárias, não são apenas as travestis o “Outro” negado, mas também aquelas pessoas que se identificam como transexuais, mas que dizem não ter conflitos entre “corpo e mente”, sendo que neste caso, o conflito é medido pelo desejo ou não de realizar a cirurgia de transgenitalização. Caso não exista esse desejo, então por que “você não fala que é travesti?”, como foi dito pela entrevistada 2.

Outro conflito relacionado com as demarcações identitárias, diz respeito à forma que as pessoas transexuais compreendem a vivência da transexualidade. Em um trecho de seus relatos, a entrevistada 2 diz: “Vivi a transexualidade, porque hoje eu sou mulher de fato e de direito, porque eu tenho uma vagina e tenho um documento de mulher, acabou, sabe?” Essa fala sinaliza o posicionamento de algumas mulheres transexuais que consideram que depois de resolvidos os trâmites da cirurgia e da documentação, a experiência transexual deixa de existir.

Nesse caso, embora o simples fato de divergências de opiniões possa gerar discussões, o conflito surge principalmente porque algumas dessas mulheres se afastam do movimento transexual e se aproximam do movimento feminista, o que não é muito bem aceito por outras, conforme foi mostrado por Carvalho (2011).

Mas os conflitos não são apenas internos. Em se tratando das discussões sobre a despatologização, Mario Carvalho disse no seminário *Transexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde*:

Me parece haver um certo descompasso de discursos. O debate da despatologização da transexualidade se dá, no Brasil, hegemonicamente por parte da academia. O principal porta-voz da despatologização é a academia, que tem como sua base, no início dos anos 90, Judith Butler [...]. Boa parte dessa academia, na qual me incluo, tem uma influência muito grande da Judith Butler, em maior ou menor grau, mas todo mundo aqui tem alguma coisa dela que influenciou o pensamento, só que, para o movimento, boa parte do discurso da Judith Butler não faz sentido na concretude da vida [...] (ARILHA; LAPA; PISANESCHI, 2010, p. 263).

Esse “descompasso de discursos” entre movimento social e academia ao qual Mario Carvalho se refere, foi muito destacado pela entrevistada 2. Ela reitera essa afirmação dizendo acreditar que o “único lugar que ainda busca essa discussão da campanha [da despatologização] é a universidade”. Segundo ela, a academia tenta trazer o discurso de implantação no Brasil do modelo francês de tratamento às pessoas transexuais, do que ela discorda, alegando que “a França, por exemplo, não opera nenhuma que não seja do país dela, aqui a gente opera. Na França, todo o tratamento é bancado pelo governo. Aqui, é uma luta a cada governo que sai” (Entrevistada 2).

Afirmando que a academia estaria alheia a realidade vivida pelas pessoas transexuais, a entrevistada prossegue:

Porque tem esse engodo todo, que os grandes pensadores que estão atrás da mesa não vão lá saber o que está acontecendo com as transexuais.[...] Isso é tão lindo na academia, isso é tão bonito na academia, gente! Fico tão feliz por vocês produzirem isso, artigos maravilhosos. Mas no real, não funciona, de jeito nenhum (Entrevistada 2).

A esse respeito, em sua participação no seminário *Transexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde*, Regina Facchini vai dizer:

Não podemos exigir dos sujeitos uma consciência e um sacrifício individual argumentando que só quem vive isso cotidianamente na própria pele sabe o quanto é complicado. As pessoas que estão por perto também sentem. Então, acho que precisamos, em certa medida, flexibilizar isso, pois, se temos os pesquisadores defendendo e não temos as pessoas defendendo, é porque em grande medida as pessoas do movimento de certa forma estão inseridas a partir dessa possibilidade de dizer “eu sou doente e, por favor, faça o meu corpo de uma maneira que não vou apanhar na rua e vou poder ir pra fila do banco” (ARILHA; LAPA; PISANESCHI, 2010, p. 359).

Essas falas remetem ao que já ficou evidente nas discussões sobre o temor pela perda do direito à assistência médica frente à possibilidade de despatologização: o posicionamento do movimento transexual brasileiro no momento é o de “concessão estratégica”. Por outro lado, a afirmação de Mario Carvalho de que o debate da despatologização da transexualidade no Brasil se dá hegemonicamente por parte da academia, é corroborada inclusive pelas adesões à STP 2012, pois, como se viu no início desse capítulo, a maioria dos grupos vem das universidades.

Entretanto, pelo que foi discutido no segundo capítulo desse trabalho, o maior conflito suscitado pela transexualidade é com a inteligibilidade cultural. De acordo com o sistema hierárquico de valor sexual desenvolvido por Rubin (1989), a transexualidade

é uma das categorias da base da pirâmide, justamente por subverter em muito o ideal heterossexual, pois são mulheres com pênis ou homens com vaginas. Se os sujeitos inteligíveis são os heterossexuais, em virtude da suposta coerência entre sexo, gênero e sexualidade, vale ressaltar que o preço dessa coerência é paga pela degradação das categorias dissidentes (BUTLER, 2005).

Não se trata, contudo, de simples julgamentos em relação às identidades dissidentes das normas instituídas, pois o rechaço a tais identidades pode ser sofisticado e assumir formas institucionais, como a criminalização e a patologização. É nessa linha que a transexualidade é considerada uma doença, da mesma forma que a homossexualidade já o foi em épocas passadas. Vale ressaltar que a patologização da homossexualidade foi uma “negociação” para retirá-la da condição de crime (FRY; MACRAE, 1985). Entretanto, ainda hoje as pessoas homossexuais são tratadas como criminosas em muitas partes do mundo.

Como se pode notar, a questão é muito complexa. Despatologização e descriminalização não implicam em mudanças imediatas no meio social. São na verdade, etapas de um processo contínuo que procura abalar as bases de um sistema que relega a diversidade sexual e/ou de gênero para uma condição cuja inteligibilidade só é possível a partir das ideias de antinatural, de desvio, de imoralidade, de aberração, de tudo o que possa, enfim, deslegitimar as experiências divergentes das normas de gênero.

É nesse sentido que a desnaturalização do gênero e da sexualidade é importante, pois, é a ideia de naturalidade que confere à heterossexualidade um lugar de privilégio no social. Por isso, a desnaturalização deve analisar as raízes do sistema normalizador, como propõe a teoria *queer*, entendendo-se que a própria natureza não é pré-discursiva.

Assim, quando Butler diz que “talvez o próprio construto chamado ‘sexo’ seja tão culturalmente construído quanto o gênero” (BUTLER, 2003, p. 25), ela está se referindo à performatividade, ao poder do discurso em criar verdades. Ao se entender o sexo como um dado natural, descarta-se a possibilidade de compreendê-lo enquanto um entendimento socialmente produzido por outra construção social, que é a ciência chamada biologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como mostrou essa pesquisa, a campanha pela despatologização da transexualidade no Brasil é bem fragmentada, havendo um descompasso entre os discursos do movimento social e o da academia. O movimento social se mostra cauteloso frente a ações que possam vir a comprometer principalmente o direito de assistência médica pelo SUS. Assim, considera que a patologização ainda é o meio de acesso a esses serviços. Essa postura se constitui uma das críticas que perpassa o discurso acadêmico aqui apresentado, para o qual esse argumento de “concessão estratégica” não condiz com própria definição universalizante de Estado.

Se o temor é pela perda do direito de assistência médica, a proposta de despatologização reivindica que esse direito seja garantido sem a dependência de regulação médica e de normalização dos corpos, respeitando, sobretudo, a autonomia das pessoas transexuais que demandam por assistência médica. Assim, o que se propõe é a elaboração de novas alternativas de assistência médica que considere a diversidade da experiência transexual.

Num sentido geral, as mobilizações pela despatologização da transexualidade são parte de um processo de construção de um novo entendimento para a condição transexual. Trata-se de um movimento que sinaliza ao mesmo tempo duas situações. Por um lado, a necessidade desse tipo de mobilização indica que existem diferenças que estão sendo tratadas como desigualdades. Por outro, significa que novas possibilidades de interações estão sendo construídas.

Como mostrou o segundo capítulo desse trabalho, as sociedades concebem muitas de suas construções como se fossem naturais, como no caso do gênero e da sexualidade. Mas, apesar de consolidadas, muitas verdades são vulneráveis, pois são construídas a partir de pontos de vista e de interesses específicos, muitos dos quais, políticos. As verdades são construídas a partir da ideia de inteligibilidade, do que é compreensível diante dos próprios signos da linguagem.

Em se tratando de identidade de gênero, compartilhamos um sistema linguístico que, de forma notória ou sutil, reitera cotidianamente o binarismo sexual. Não há como se constituir fora dos referenciais sociais de que se é masculino ou feminino, não existe uma terceira, quarta ou quinta opção, “e nem vai existir, pois a natureza criou apenas o

homem e a mulher”, diriam os defensores das normas de gênero. Porém, se é o discurso que produz as verdades e os sujeitos, o próprio discurso é contextual.

Assim, o ser humano tal qual o concebemos, é todo social, pois as próprias definições do que é “ser” humano são sociais. Na impossibilidade de recorrermos a uma instância ou entidade exógena que nos diga o que é o mundo e quem somos, temos de nos contentar com as nossas próprias respostas a essas questões, de forma que as verdades nas quais acreditamos são produzidas por nós mesmos.

Entretanto, se analisarmos a questão de gênero e especificamente a transexualidade a partir da ideia de poder defendida por Foucault, qual seja a de que o poder é distribuído, vislumbramos a campanha pela despatologização como parte de um processo de construção de novas verdades.

Nesse processo, são produzidos termos e concepções que entram em conflito com o saber hegemônico, mas que nas interações políticas e sociais, podem suscitar negociações e concessões que resultarão em novas contingências, em novas configurações da ordem social em relação ao gênero.

O que posso afirmar, é que finalizo essa dissertação com uma série de indagações sobre coisas “óbvias”, o que esclarece o motivo pelo qual a iniciei com a estória *Marcelo, marmelo, martelo*. Diante da transexualidade, muitas perguntas que pareciam tão bem respondidas emergem mais vivas do que nunca. O que é uma mulher? O que é um homem? O que é o sexo?...

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Guilherme S. de. Reflexões iniciais sobre o processo transexualizador no SUS a partir de uma experiência de atendimento. In: ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de Souza; PISANESCHI, Tatiane Crenn. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010, p.117-148.
- ANDRADE, Carolina. Transtorno de identidade sexual na infância divide especialistas (entrevista com Alexandre Saadeh). In: *Folha de S. Paulo*, 2012, s.p. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1187730-transtorno-de-identidade-sexual-na-infancia-divide-especialistas.shtml>. Acesso em: 02/12/2012
- APA - Associação Psiquiátrica Americana. *DSM-IV-TR - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Tradução Cláudia Dorneles. 4ª edição, revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1. Rio de Janeiro, 2009, p. 15-41.
- ARÁN, Márcia. Transexualidade e políticas de saúde pública no Brasil. In: *Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder*. Florianópolis, 25 a 28 de agosto de 2008.
- _____. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. In: *Ágora: estudos em teoria psicanalítica*, v. 9, nº 1. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006, p. 49-63.
- ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de Souza; PISANESCHI, Tatiane Crenn. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.
- AUSTIN, John L. *Quando dizer é fazer: palavras e ação*. Tradução Danilo Marcondes de Souza Filho. Porto Alegre: Arte Médicas, 1990.
- BARBOSA, Bruno Cesar. *Nomes e diferenças: uma etnografia dos usos das categorias travesti e transexual*. 2010. Dissertação (Mestrado). São Paulo: USP, 2010.
- BENTO, Bento; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. In: *Revista Estudos Feministas*, vol. 20, nº 2. Florianópolis, 2012, p. 569-581.
- BENTO, Berenice. *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- _____. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução 1.482/1997*. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482_1997.htm. 2012a. Acesso em: 17/07/2011

_____. Conselho Federal de Medicina. *Resolução 1.652/2002*. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652_2002.htm 2012b. Acesso em: 17/07/2011

_____. Conselho Federal de Medicina. *Resolução 1.955/2010*. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm 2012c. Acesso em: 17/07/2011

_____. Câmara dos Deputados. Brasília: Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/>. 2012d. Acesso em: 22/03/2011

_____. Senado Federal. Brasília: Disponível em: <http://www.senado.gov.br/>. 2012e. Acesso em: 22/03/2011

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: Disponível em: <http://www.sedh.gov.br/>. 2012f. Acesso em: 11/06/2011

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.707/2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html 2012g. Acesso em: 18/09/2011

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 457/2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html. 2012h. Acesso em: 18/09/2011

_____. Câmara dos Deputados. *Projeto de Decreto Legislativo 52/2011*. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=498384>. 2012i. Acesso em: 11/11/2012

_____. Centro latino-americano em sexualidade e direitos humanos (CLAM). (Entrevista com Berenice Bento). Disponível em: <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infol=1558&sid=43>. 2012j. Acesso em 10/10/2012

_____. Stop Trans Pathologization 2012. Disponível em: <http://www.stp2012.info/old/pt>. 2012k. Acesso em: 14/10/2011

_____. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo / Organização Mundial da Saúde – OMS. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10*. Volume 1, 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>

BUTLER, Judith. Diagnosticando o gênero. Tradução: André Rios. Revisão Técnica: Márcia Arán. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 19, nº 1. Rio de Janeiro, p. 95-126.

_____. *Cuerpos que importam: sobre los limites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós, 2005, p. 17-49 e 179-203.

_____. Judith. *Problemas de gênero – feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

- BUTLER, Judith. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do pós-modernismo. In: *Cadernos Pagu*, n. 11, 1998, p. 11-42.
- CABRAL, Mauro. Versiones. In: _____. *Interdiciones – escrituras de la intersexualidad em castelaño*. Córdoba: Annarés Editorial, 2009, pp. 101-121
- CARRARA, Sérgio. Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. In: *Revista Bagoas*, nº 05. Natal: UFRN, 2010, p. 131– 147.
- CARVALHO, Mario Felipe de Lima. *Que mulher é essa? identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais*. 2011. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: UERJ, 2011.
- CECCARELLI, Paulo Roberto. Transexualismo e caminhos da pulsão. In: *Reverso – Revista do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais*, ano XXV, nº 50, 2003, p. 37-49.
- CHILAND, Colette. *O transexualismo*. Tradução Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 2008.
- CONNELL, R. W. Políticas da masculinidade. In: *Educação e Realidade*, 20 (2). Porto Alegre: UFRGS, 1995.
- COSSI, Rafael Kalafi. *Transexualismo, psicanálise e gênero: do patológico ao singular*. 2010. Dissertação (Mestrado). São Paulo: USP, 2010.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda; J.E.M.M. *Novo Dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- _____. Sobre a história da sexualidade. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1985, p. 243-276.
- FRY, Peter; MACRAE, Edward. *O que é homossexualidade*. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1985, (Coleção Primeiros Passos: 26).
- GAMSON, J. Deven autodestuirse los movimientos identitários? Um extraño dilema. In: JIMÉNEZ, R. M. M. (Ed.). *Sexualidades transgresoras: uma antologia de estudos queer*. Barcelona: Icaria, 2002, p. 141-172.
- HALPERIN, D. La política queer de Michel Foucault. In: _____. *San Foucault – para uma hagiografia gay*. Córdoba: Ediciones Liberales, 2004, p. 35-145.
- HARAWAY, Donna. “Gênero’ para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra”. In: *Cadernos Pagu* (22). Campinas: Unicamp, 2004.
- KROPF, Simone Petraglia; FERREIRA, Luiz Otávio. A prática da ciência: uma etnografia no laboratório. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 4, nº 3, Rio de Janeiro, 1997, p. 589-597.

LEITE JÚNIOR, Jorge. *Nossos corpos também mudam: sexo, gênero, e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico*. 2008. Tese (Doutorado). São Paulo: PUC-SP, 2008.

_____. O que é um monstro? In: *ComCiência: revista eletrônica de jornalismo científico*. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), 2007. Disponível em <http://www.comciencia.br/comciencia/?section=8&edicao=29&id=340>,

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

_____. *Um olhar sobre a transexualidade a partir da perspectiva da tensionalidade somato-psíquica*. 2006. Tese (Doutorado). Brasília: UnB, 2006.

LOURO, Guacira L. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis: Vozes, 1997.

MACHADO, Carla. Transexualidade, direitos e saúde: aspirações e demandas das mulheres transexuais, na visão crítica de uma mulher transexual. In: ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de Souza; PISANESCHI, Tatiane Crenn. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010, p.149-165.

MACHADO, Paula Sandrine. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. *Cadernos Pagu*, Unicamp, nº 24, 2005, p. 249-281.

MEAD, Margareth. *Sexo e temperamento*. 2ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 1979.

MELLO, Luiz. *Família no Brasil dos anos 90: um estudo sobre a construção social da conjugalidade homossexual*. 1999. Tese (Doutorado). Brasília: UnB, 1999.

MELLO, Luiz; MAROJA, Daniela; BRITO Walderes. Políticas públicas para população LGBT no Brasil: um mapeamento crítico preliminar. *Fazendo gênero 9 – Diásporas, Diversidades, Deslocamentos – Anais*. Florianópolis, 23 a 26 de agosto de 2010.

MISKOLCI, Richard. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. In: *Sociologias*, nº 21. Porto Alegre: UFRGS, 2009, p. 150-182.

MURTA, Daniela. Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. 2011. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

NAZARIAN, Adriana. Cara ou Coroa. (Entrevista com Alexandre Saadeh). In: *Sexualizando*, 2011, s.p. Disponível em: <http://blogsexualizando.blogspot.com.br/2011/04/cara-ou-coroa.html>. Acesso em: 03/11/2012

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. *Estigma, Discriminação e AIDS*. In: *Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, Cidadania e Direitos*, nº 1. Rio de Janeiro, 2001.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Teoria *queer* e a Reinvenção do corpo. In: *Cadernos Pagu* (UNICAMP), v. 27, 2006, p. 469-477.

PISCITELLI, Adriana. Gênero: a história de um conceito. In: ALMEIDA, Heloisa Buarque de; SZWAKO, José (Orgs.). *Diferenças, igualdade*. São Paulo: Berlandis & Vertecchia, 2009, (Coleção sociedade em foco: introdução às ciências sociais).

_____. Re-criando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, Leila Mezan (Org). *A prática feminista e o conceito de gênero*. Campinas: IFCH - Unicamp, 2002 (Coleção Textos Didáticos).

PRECIADO, Beatriz. *Manifiesto contra-sexual: prácticas subversivas de identidad sexual*. Madrid: Pensamiento Opera Prima, 2002.

RAMSEY, Gerald. *Transexuais: perguntas e respostas*. Tradução Rafael Azize. São Paulo: Summus, 1998.

ROCHA, Ruth. *Marcelo, marmelo, martelo e outras histórias*. Rio de Janeiro: Salamandra, 1999.

RUBIN, Gayle. El Tráfico de Mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. In: *Revista Nueva Antropología*, vol. 8, nº 30. México: UNAM, 1986, p. 95-145.

_____. Reflexionando sobre el sexo: notas para uma teoria radical de la sexualidad. In: VANCE, Carole, (comp). *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Revolución, 1989, p. 113-190.

SAADEH, Alexandre. *Transtorno de identidade sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino*. 2004. Tese (Doutorado). São Paulo: USP, 2004.

SANTOS, Neville. *Desigualdade e identidade no serviço doméstico: intersecções entre classe, raça e gênero*. 2010. Dissertação (Mestrado). Goiânia: UFG, 2010.

SCOTT, Joan. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. In: *Educação & Realidade*, v. 20, n. 2. Porto Alegre: UFRGS, 1995.

SEGATTO, Cristiane. Nasce uma mulher. In: *Revista Época online*. Edição n. 236 de 25/11/2002. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Epoca/0,6993,EPT441567-1664-2,00.html>. Acesso em: 17/05/2012.

STOLLER, Robert J. *A experiência transexual*. Rio de Janeiro: Imago, 1982. (Coleção Psicologia psicanalítica).

SZASZ, Ivone. El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades. In: CÁCERES, C. F. (Eds.). *Cidadania sexual em América Latina: abriendo el debate*. Lima, Universidade Peruana Cayetano Herida, 2004, p. 65-75.

THENÓRIO, Iberê. Com cirurgia liberada, transexuais têm batalha para trocar “nome oficial”. In: *GI*, 2012, s.p. Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2011/01/com-cirurgia-liberada-transexuais-tem-batalha-para-trocar-nome-oficial.html>. Acesso em: 23/10/2012

TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso. *Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade*. 2009. Tese (Doutorado). Campinas: Unicampi, 2009.

VALE DE ALMEIDA, M. A teoria queer e a construção da categoria “gênero”. In: CASCAIS, A. (org). *Indisciplinar a teoria – estudos gays, lésbicos e queer*. Lisboa: Fenda Edições, 2004, p. 91-98.

_____. *Senhores de si – uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de Século, 1995.

VANCE, Carole. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. In: *Physis – Revista de saúde coletiva*. V. 5, nº 1, 1995, p. 7-31.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Tradução Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

APÊNDICES

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1 - Para você, quais são os argumentos fundamentais a favor da despatologização da transexualidade?
- 2 - Para você, quais os grupos mais importantes que integram a Campanha pela Despatologização da Transexualidade no Brasil?
- 3 - Como a Campanha está organizada, quais as suas estratégias?
- 4 - Quais são as reivindicações?
- 5 - Com quais instituições ou pessoas a Campanha se propõe dialogar para somar forças?
- 6 - Quais os avanços que foram feitos até agora?
- 7 - Como tem sido a recepção da Campanha? Tem produzido algum retorno?
- 8 - Você conhece no movimento trans algum grupo que se posiciona contrário à despatologização? (Quais? De onde são? Alguma mobilização tem sido empreendida por esses grupos?)
- 9 - Considerando-se a possibilidade de despatologização, quais estratégias a Campanha propõe para se evitar um possível recuo do Estado na oferta de procedimentos que hoje são oferecidos às pessoas transexuais?



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a), de uma pesquisa. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não sofrerá qualquer tipo de penalidade.

Diante de qualquer dúvida em relação à pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável através do telefone (62) 9988-6534 (Inclusive ligações a cobrar). Em casos de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá buscar esclarecimentos no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3521-1075 ou 3521-1076.

Título do Projeto: CAMPANHA PELA DESPATOLOGIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE NO BRASIL: SEUS DISCURSOS E SUAS DINÂMICAS

Descrição da Pesquisa: Esta pesquisa é uma dissertação de mestrado sobre a campanha pela despatologização das chamadas identidades trans (transexuais e transgêneros). O objetivo é responder qual é a perspectiva dessa campanha em relação à despatologização da transexualidade no Brasil. Procurar-se-á identificar quem são as pessoas envolvidas na campanha, mostrar como as mesmas estão produzindo o debate e quais são os discursos contrários à perspectiva de despatologização. Essa pesquisa se justifica pela oportunidade de contribuição com as ciências sociais por meio de um estudo sobre um processo social que, estando relacionado com democracia e cidadania, pode significar possibilidades de transformações que superem desigualdades sociais.

Os instrumentos de coleta de dados consistirão em entrevistas individuais com pessoas inseridas na referida campanha. Tais entrevistas serão gravadas, sendo previamente agendadas e realizadas em locais pré-estabelecidos. A análise dos dados, produto deste trabalho, será utilizada tanto na produção da dissertação de mestrado, quanto na escrita de artigos a serem submetidos à publicação em revistas especializadas, assim como em apresentações em seminários, simpósios, congressos etc.

As pessoas que aceitarem participar da pesquisa não estarão sujeitas a qualquer risco, assim como não terão nenhum tipo de pagamento ou de gratificação financeira pela participação. Os dados confidenciais serão mantidos em sigilo, o que garantirá a privacidade dos sujeitos de pesquisa. Além disso, todo e qualquer sujeito é livre para se recusar a participar ou para retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso incorra em qualquer tipo de dano para o mesmo.

Pesquisador Responsável: BENTO MANOEL DE JESÚS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Campanha pela Despatologização da Transexualidade no Brasil, como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) Bento Manoel de Jesús sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso signifique qualquer penalidade.

Local e data: _____

Sujeito de pesquisa: _____
