

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Transexualidade e Travestilidade na Saúde



Brasília – DF
2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio à Gestão Participativa

Transexualidade e Travestilidade na Saúde



Brasília – DF
2015

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Apoio à Gestão Participativa

Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social

SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6, Ed. Premium, Torre I, 3º andar, sala 303

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315.8840

Site: www.saude.gov.br/saudelgbt

E-mail: sgep.dagep@saude.gov.br

Organização:

Ana Gabriela Nascimento Sena

Kátia Maria Barreto Souto

Projeto gráfico e diagramação:

Antonio Ferreira

Normalização:

Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI

Revisão:

Aedê Cadaxa

Ana Gabriela Nascimento Sena

Jéssica Bernardo Rodrigues

Kátia Maria Barreto Souto

Marina Melo Arruda Marinho

Revisão:

Khamila Silva e Tamires Alcântara – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

Transexualidade e travestilidade na saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

194 p. : il.

ISBN 978-85-334-2319-0

1. Atenção à Saúde. 2. Transexualismo. 3. Travestismo. I. Título.

CDU 616.36

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0082

Título para indexação:

Transgender and Transvestite Health

SUMÁRIO

Apresentação	5
Parte I – Movimento Social: relatos de vivências e lutas contra o preconceito e pelo direito à saúde	7
Transexualidade e travestilidade na Saúde – Keila Simpson	9
Saúde?! Completo bem-estar psicossocial de um indivíduo: tudo que uma pessoa trans não possui – Chopelly Claudystton Pereira dos Santos	17
Trans-homens: a distopia nos tecno-homens – João Walter Nery e Eduardo Meinberg de Albuquerque Maranhão Filho	25
Parte II – Academia: um olhar sobre a determinação social da saúde de travestis e transexuais	37
Todas as mulheres do mundo: a construção do corpo travesti no Brasil das décadas de 1960 e 1970 – Anibal Guimarães	39
Direitos humanos e a saúde: a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde integral da população trans – Grazielle Tagliamento	65
Parte III – Serviço de saúde: relatos de experiências da implantação de um atendimento integral a travestis e transexuais	81
Transexualidade e travestilidade na Saúde – Adriana Melo Teixeira, Francisco José da Silva Nóbrega Morais e Marileide Pereira Martins Teixeira	83
Atendimento a transexuais e a travestis: crianças, adolescentes e adultos – Alexandre Saadeh, Desirée Monteiro Cordeiro e Liliane de Oliveira Caetano	99
Os homens trans e a corporeidade: o complexo fenômeno da busca do sujeito social masculino – Eduardo Sergio Soares Sousa, Alba Jean Batista Viana e Johnatan Marques do Vale	111
A experiência da abordagem da transexualidade na Faculdade de Medicina/Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Mariluzza Terra Silveira e Kássia Rita Lourenceti de Menezes	129
Ambulatório de saúde integral para travestis e transexuais: cinco anos de desafios e realizações – Maria Clara Gianna	141

Parte IV – Gestão: desafios da construção de uma política pública para promoção da equidade em saúde para a população de travestis e transexuais	157
Transfobia: como vencer uma herança do Brasil colonial e uma marca da ditadura? – Symmy Larrat	159
Políticas públicas para travestis e transexuais: o espaço LGBT da Paraíba – Gilberta Santos Soares e Gleidson Marques da Silva	165
Marcos legais do processo transexualizador no SUS para a publicação da Portaria nº 2.803/13 – Ana Gabriela Nascimento Sena, Kátia Maria Barreto Souto e José Eduardo Fogolin Passos	177
Sobre os autores e organizadores	187

Apresentação

O Departamento de Apoio à Gestão Participativa, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, apresenta com grande satisfação a coletânea de artigos que compõem o livro *Transexualidade e Travestilidade na Saúde*.

Esta publicação é fruto da ampliação que a perspectiva da integralidade da atenção à saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais proporcionou ao reconhecer que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores de vulnerabilidade para a saúde. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), assim como as demais políticas de Equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), é um marco histórico nas políticas públicas de saúde, ao promover a integralidade da atenção de população LGBT, contribuindo para a eliminação da discriminação e do preconceito institucional e buscando estruturar uma linha de cuidado, desde a atenção básica à especializada, incluindo-se o acolhimento e a humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores(as) e demais usuários(as) da Unidade de Saúde para o respeito às diferenças, em todos os níveis de atenção.

Nesse contexto, além da garantia do direito ao uso do nome do social, o Ministério da Saúde passou a viabilizar demandas específicas das populações de travestis e transexuais por meio de atos normativos internos, como o que instituiu e regulamentou o Processo Transexualizador, no âmbito do SUS.

O desafio da promoção da equidade em saúde para a população de travestis e transexuais é abordado nesta publicação a partir do olhar dos movimentos sociais, da academia, do serviço e da gestão que, em conjunto, contribuíram para a construção de uma política pública que garanta o direito à saúde sem preconceito de gênero, raça/etnia, orientação sexual e práticas sexuais e afetivas.

Esperamos que esta publicação possa contribuir para a reflexão sobre a importância da vontade política de gestores, do protagonismo dos movimentos sociais e do compromisso dos

profissionais de saúde e pesquisadores, que fazem a diferença na vida e na saúde das pessoas trans.

Saúde sem preconceito e discriminação!

Departamento de Apoio à Gestão Participativa
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Ministério da Saúde

Parte I

Movimento Social
Relatos de vivências e
lutas contra o preconceito e
pelo direito à saúde

Transexualidade e travestilidade na Saúde

Keila Simpson

Travestis e transexuais são populações que carregam uma imensa carga de preconceitos desde a sua aparição. Não se sabe ao certo como se iniciou o aparecimento dessa população no Brasil: acredita-se que tenha sido originado nos espetáculos teatrais nos anos 60 e 70, mas só temos conhecimentos mais gerais a partir da década de 70, em sua migração para Paris, e depois, em 1980, quando se noticiava os trabalhos desenvolvidos pelas trans brasileiras nas noites parisienses, especialmente no “Bouis de Bologne” (espaço onde ainda hoje existe uma grande concentração de travestis brasileiras que trabalham com prostituição em Paris). Segundo Camille Cabral, uma mulher trans brasileira que reside em Paris, elas migraram para lá em busca de fama e fortuna, o que muitas conseguiram.

Foi em Paris nos anos 80 que as travestis brasileiras tiveram conhecimento de duas substâncias que se tornariam, anos depois, muito problemáticas para sua saúde. São elas: o silicone líquido industrial e a utilização indiscriminada de hormônios.

No Brasil, as travestis e transexuais iniciaram a utilização dessas substâncias para se parecerem com as trans das décadas de 70/80 de Paris. Foi aqui no Brasil que elas iniciaram a utilização de silicone industrial, um produto desaconselhável para humanos. As travestis encontraram nesta substância uma forma de construir formas femininas mais rápido que os hormônios.

Travestis e transexuais sempre estiveram na ponta de lança dos preconceitos e das discriminações existentes no Brasil com a população LGBT. Isso ocorre porque essa população ostenta uma identidade de gênero diversa da imposta pelos padrões heteronormativos, em que homem é homem e mulher é mulher, e qualquer coisa que fuja dessa norma é encarada com estranhamento. No caso de trans, esse estranhamento se traduz em assassinato dessa população.

Ainda hoje, existe a ideia de que elas abdicaram do sexo atribuído no nascimento para se identificarem com o sexo oposto. Em uma sociedade machista como a brasileira, a população de trans é alvo fácil de ser discriminada e violentada, sem ao menos ter a chance de poder explicar o porquê dessas objeções.

Diferentemente do que é difundido pelas mulheres trans, travestis não querem ser identificadas como mulheres travestis. Elas reivindicam, sim, o respeito a suas vivências e individualidades, bem como o viver no gênero feminino, assim como o direito de serem respeitadas suas identidades de gêneros dentro desse universo feminino.

Nesse universo, existem ainda os homens trans, que não me sinto no direito de nominá-los nem de defini-los, pois existe um movimento organizado, que pode e deve cada vez mais aparecer nesses artigos, com informação prestada por este segmento da população trans. Poderia exemplificá-los, já que os conheço, mas prefiro deixar que falem por si próprios. Isto serve para a população de mulheres trans, já que me identifico como travesti. Neste artigo, não me aprofundarei muito nas questões das identidades, esperando que possamos, em breve, escrever sobre esses temas e que cada população possa então se apresentar e se definir.

Aqui no Brasil e em boa parte do mundo, acostumou-se a lidar somente com o homem e a mulher. Sendo assim, qualquer coisa que fuja desse binarismo é olhado com preconceito e com discriminação. Como as travestis rompem com o muro entre o masculino e feminino, são colocadas sempre à margem da sociedade.

As travestis são transgressoras do padrão que determina o conviver apenas nesses dois gêneros, sendo alvo de muitas violências e discriminações por essa transgressão. Também são, na sua maioria, rejeitadas como membros da sociedade, tendo muita dificuldade na reinserção social.

Mesmo os termos travestis e transexuais eram tidos como pejorativos e marginais. E, por isso, era preciso quebrar esse tabu, era preciso mudar, mas mudar de modo que se adequasse à forma “asseada” determinada pela sociedade.

Assim, o movimento organizado compreendeu que era preciso tirar o estigma desses termos e afirmar o seu lado positivo. Por isso, resolveu adotar o termo travesti como uma afirmação dessa identidade e, a partir dela, encontrar exemplos positivos para que a sociedade pudesse perceber que essa população é igual às demais.

Travestis e transexuais são vistas pela medicina como seres portadores de patologia e de uma Classificação Internacional de Doenças (CID) que lhes identifica. Por isso, são sempre tratadas por códigos de doenças. Nesse sentido, seria correto utilizar o “travestismo” e o “transexualismo”.

Falar de travestilidade e transexualidade na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) é trazer à tona questões que há bem pouco tempo eram bastante desconhecidas por grande parte de acadêmicos e da população em geral.

Os termos travestilidade e transexualidade foram criados e introjetados pelo movimento social organizado para dizer que a questão dessa população é uma questão de identidade e de modo de viver.

A entrada dessa população no SUS também requer uma análise mais profunda de como se deu essa entrada e de como se dará a permanência. Mas também será abordado o descaso com o qual foram tratadas as questões referentes à saúde de travestis e transexuais.

Alguém escreveu uma vez que a aids trouxe um benefício para a população trans e eu concordo, pois foi a partir dela que se iniciou a entrada de grande parte dessa população no SUS. Antes dessa epidemia, era difícil incentivar uma travesti a cuidar da sua saúde nos serviços. Elas sempre recorriam à automedicação, procurando o médico ou os serviços de Saúde apenas quando já não havia mais como se automedicar ou quando as enfermidades não tinham cura com a automedicação.

O processo de automedicação acontecia porque elas já sabiam que seriam discriminadas nos serviços. Por esse motivo, nem procuravam os serviços de Saúde para constatar a veracidade da informação.

Muitas faziam uso abusivo e indiscriminado de diversos hormônios, muitas vezes orientadas por outras trans mais velhas que já haviam utilizado esse ou aquele hormônio e sabiam que um era bem melhor que o outro etc.

Porém, um dos problemas mais graves para a saúde das trans nesse período era a utilização do silicone líquido industrial e a aplicação desse produto, posto que era feito por pessoas leigas e sem os cuidados de assepsia necessários nessas intervenções. Além disso, o procedimento era ilegal, tendo em vista que, como uma intervenção cirúrgica, a aplicação, em alguns casos, gerava efeitos nocivos à saúde. Quando isso ocorria, os médicos não queriam cuidar, explicando que não poderiam tratar as enfermidades decorrentes da aplicação pelo desconhecimento da causa e/ou do efeito. Até hoje, eu particularmente acredito que se tratava de descaso com essa população.

É difícil para um cidadão comum compreender o porquê de travestis e transexuais recorrerem a essas intervenções para modelação dos corpos. A resposta é que essa substância tem um efeito mais imediato do que os hormônios. Por esse motivo, elas recorrem a essas intervenções para que possam ter os corpos sonhados de forma rápida e barata. O SUS nunca compreendeu esse fenômeno como caso de saúde pública, até o movimento organizado pautar essas lutas em parceria com outros movimentos e com alguns atores governamentais.

Foi só a partir desses debates que o SUS iniciou muito timidamente algumas ações com médicos endocrinologistas sobre a questão de hormônios e com clínicos gerais e cirurgiões plásticos para lidar com os agravos da aplicação de silicone líquido industrial.

Muitas trans recorrem aos serviços particulares, pois ainda é muito difícil encontrar na rede pública profissionais de saúde que atendam às demandas do silicone industrial.

O movimento organizado tem implementado diversas ações com vistas a aconselhar a população trans a não utilizar essa substância, por meio de uma política de redução de danos. Infelizmente, essa política ainda é falha, pois apenas informa e disponibiliza meios de assepsia e/ou de materiais descartáveis para utilização, e é insuficiente para encontrar maneiras de desmotivar essa população a fazer uso dessas intervenções.

Como relatado anteriormente, a aids trouxe como benefício para a população trans a procura mais assídua pelos serviços de saúde. Identificada no início da epidemia como “grupo de risco”, essa população estava mais propensa a se infectar com essa doença. Passados 30 anos da epidemia, a população trans tem hoje um trânsito tranquilo no SUS e é compreendida como uma população que tem outras enfermidades para além do HIV/aids.

Entretanto, mesmo com o trânsito mais assíduo no SUS, a realidade dessa população ainda é cercada de muito estranhamento, seja para ela que precisa dos serviços, seja para os profissionais que, alheios a essas mudanças sociais, não compreendem as especificidades de alguns grupos populacionais. O lado positivo é que, em muitos lugares, existem gestores de saúde sensibilizados, que fazem o diferencial nos serviços de saúde com inclusão, inovação e respeito.

O movimento organizado LGBT debate e encaminha as suas demandas nas conferências nacionais de políticas públicas para LGBT. Foram realizadas duas no Brasil. Nessas conferências, são encaminhadas as propostas que queremos que sejam efetivadas. Desde a primeira conferência, em 2008, o Ministério da Saúde (MS) foi o que mais efetivou as propostas de políticas para a população LGBT.

Foi também no MS, na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), por meio do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), que a efetivação das políticas públicas para populações mais vulneráveis, em especial a LGBT, teve a sua maior efetividade.

Entre as outras políticas públicas, ficou mais evidente para nós a Política Nacional de Saúde Integral LGBT; em especial, o Processo Transexualizador do SUS, que é uma reivindicação antiga da população trans brasileira.

Ainda estamos longe de ter uma saúde ou um atendimento com qualidade integral, universal e equânime, mas vale destacar a importância de políticas específicas, pois foi a partir delas que se trabalhou com a chamada inclusão. É preciso lembrar que travestis e transexuais são ainda as populações mais distanciadas dos serviços de saúde, e isso ocorre especialmente por falta de mecanismos específicos que venham a facilitar o acesso dessa população aos serviços.

Mas a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT trouxe, cada dia mais, ações para que essas populações pudessem transitar mais tranquilamente nas dependências do SUS, para que tratem da sua saúde em espaços que outrora era impensável encontrar esses dois grupos populacionais: travestis e transexuais. Claro que os espaços específicos são importantes, mas é fundamental trabalhar para que todo o SUS possa adequar-se a essas demandas atuais, que requerem dos serviços atenção às especificidades.

As organizações da sociedade civil tem desempenhado um papel fundamental nessas parcerias, pois é a partir delas que se dão as contribuições para a construção dessas políticas públicas. É sobre o trabalho de base dessas organizações que estão sendo pensadas as políticas públicas para responder às demandas de populações específicas. Fazer esse trabalho sem a parceria do movimento organizado seria impensável e ineficiente.

Por fim, recomenda-se que travestis e transexuais possam ter cada vez mais a ampliação da sua permanência nos serviços de saúde, e que possam continuar contribuindo com diretrizes específicas para a criação de novas políticas. Além disso, é preciso que se intensifique, em todo o SUS, a sensibilidade de gestores e dos demais servidores da Saúde, para que reconheçam, na população trans, atores que precisam desses serviços e que devem ser respeitados em suas demandas e identidades. Sendo assim, que o SUS possa ter em seus quadros cada vez mais gestores empenhados na implementação de políticas de saúde públicas e, conseqüentemente, mais gestores sensibilizados e comprometidos com os princípios do SUS.

A permanência dessa população no SUS só será efetiva quando as políticas implementadas tornarem-se sólidas e os gestores forem cada vez mais sensibilizados e capacitados para lidar com as diferentes formas de pensar e agir, quando todas as pessoas compreenderem que a individualidade de cada um deve ser respeitada, quando não houver mais rótulos e nem rotulados, e quando as pessoas reconhecerem em cada indivíduo o ser humano que cada um é, que deve ser compreendido dentro desse universo.

Vale ressaltar, ao final, que a população trans reconhece no MS, especialmente nos gestores do DAGEP/SGEP/MS, um ganho para a

política de saúde pública e espera que, cada vez mais, essa construção de mão dupla possa continuar rendendo mais frutos, que essa parceria possa cada dia mais se fortalecer, e que outras pastas desse governo possam se mirar no exemplo do Ministério da Saúde para iniciar também os diálogos e as construções dessas políticas em seu âmbito de atuação, para que, em breve, essa população possa desfrutar de igualdade de direitos em todos os Ministérios.

Saúde?! Completo bem-estar psicossocial de um indivíduo: tudo que uma pessoa trans não possui

Chopelly Glaudystton Pereira dos Santos

Desde a infância, homens e mulheres transexuais passam por um processo de desconstrução psicossocial que fragiliza diretamente sua saúde integral. É comum observarmos as diferenças de comportamentos de uma criança transexual, que se contrapõe ao gênero inato ou ao que se espera dos padrões sociais.

Exemplo clássico disso é quando há meninos que brincam de bonecas, de casinha, com uma sensibilidade a florada, ou meninas que gostam de futebol, com posturas consideradas masculinas. Tais atitudes passam a ser vistas pelos seus genitores como comportamentos incomuns ao seu gênero. Temendo o que muitos pais identificam ou “diagnosticam” como uma suposta homossexualidade, seus filhos são colocados para fazer psicoterapia em infundáveis consultas com psicólogos ou psiquiatras em busca de conserto ou de adequação de comportamento. Quando se veem frustrados com a resposta clínica dos profissionais de saúde, os genitores então reprimem o comportamento, até então inocente, dos menores trans, com censuras e regras, e esperam que o tempo cure tal anormalidade.

O que muitos pais acabam não percebendo é que crianças transexuais querem curtir sua infância: brincar, sonhar e ser livre. Este é um comportamento comum em todas as crianças, no qual não é possível identificar diferenças “convencionais” ao seu gênero. A partir dessa infância roubada e reprimida, sem entender o que incomoda seus genitores, crianças transexuais acabam com marcas que ressurgem na fase adulta.

Adolescência: fase de transformação do corpo onde surgem desejos e sentimentos

Adolescentes transexuais, ao perceberem que seus corpos, assim como seus desejos, se diferenciam daquilo que a sociedade e seus genitores esperam socialmente, começam a ter os seguintes questionamentos:

- Meninas transexuais, ao se sentirem femininas, começam a desejar um corpo adequado à forma de pensar: seios graciosos, curvas esculturais, pernas livres de pelos, quadris bem definidos, um rosto delicado, roupas que favoreçam sua feminilidade e, por fim, a tão “preciosa” vagina. Surge também o desejo pelos(as) parceiros(as) que as desejem e as compreendam como mulheres.
- Meninos transexuais, ao se sentirem masculinos, começam a desejar um corpo adequado à forma de pensar: um peitoral aberto e másculo, barba em evidência no rosto, perna peluda, voz grossa e um pênis. Surge também o desejo pelo(as) parceiro(as) que os compreendam como homens.

O que muitos não percebem é que, ao reproduzirem seus desejos para seu “EU”, muitos adolescentes trans começam a entrar em um processo psicológico que pode ser destrutivo, provocado pelo conflito e pela falta de compreensão.

Então, surgem as perguntas:

“Por que ter um desejo tão forte de ser feminina ou masculino, se meu corpo tem um gênero oposto do que eu penso?”

“Como adequar meu corpo ao forte desejo que tenho de ser feminina ou masculino?”

“Como convencer meus pais de que sou uma mulher ou um homem, se meu corpo diz que sou o oposto?”

Sem poder contar com seus genitores e amigos, muitos acabam numa busca solitária de respostas, nas redes sociais, sobre a liberdade tão sonhada e deparam-se com personagens que passaram por épocas ainda mais difíceis, que muitas vezes não são os melhores exemplos a serem seguidos. Cansados e revoltados, adolescentes transexuais,

diante de forte conflito que os consomem todos os dias, acabam agindo por conta própria. Assim, ocorre a brusca construção pela sua identidade de gênero.

Antes de tudo, a busca pelo tão sonhado corpo leva os adolescentes ao uso de hormonioterapia inadequada. Influenciado por personagens encontrados muitas vezes nas redes sociais, eles conhecem o silicone industrial, que pode resultar em deformações. A busca pela perfeição estética escraviza adolescentes trans que não pensam em outra coisa a não ser em reproduzir, no exterior, seu desejo e sua forma de pensar. Diante das transformações que cada vez são mais visíveis no seu convívio social, amigos começam a se afastar por julgar errado todo aquele processo. Pressionados pelo que a sociedade cobra e impõe aos genitores, estes começam a reprimir fortemente essa liberdade. Sufocados pelo falta de apoio, muitos dos adolescentes fogem do que era para ser um ambiente familiar rumo à casa de parentes mais próximos ou de amigos que já passaram pelo mesmo processo. Por consequência, entram na fase adulta precocemente e, mais uma vez, pulam uma importante fase da vida.

Jovens: busca pelo profissionalismo na fase de organização da vida

Desolados pelas turbulências na adolescência, os transexuais chegam à juventude buscando uma sobrevivência e munidos de uma alta defesa decorrente dos obstáculos que muitos irão encontrar por expor sua transexualidade à sociedade. É observado que rapazes e moças trans seguem caminhos opostos.

Em média, 90% das adolescentes trans migram para a prostituição nas ruas devido aos abusos psicológicos e, muitas vezes, físicos sofridos nas escolas, que as afastam também do ambiente escolar. Em virtude da falta de apoio familiar e da ausência daqueles que se diziam amigos, muitas acabam nas mãos das cafetinas para se proteger da violência nas ruas. Um detalhe que chama atenção é que, embora muitas transexuais tenham repulsa por sua genitália, esta é, constantemente, desejada pelos clientes na prostituição. Elas têm como meta ir à Europa para alcançar um maior poder aquisitivo com o objetivo de voltar ao Brasil e ir à Tailândia em busca da tão sonhada e perfeita cirurgia. O que não

se sabe é que, ao migrarem para a Europa, muitas têm de contar com a sorte de não serem pegadas e deportadas de volta ao Brasil ou de não caírem nas mãos de cafetinas que as obriguem a usar drogas e a ser exploradas sexualmente.

Há um quantitativo cada vez maior de rapazes que se identificam como transexuais. Diferentemente das moças, eles estão buscando apoio nas faculdades que, cada vez mais, procuram estudar as “IDENTIDADES DE GÊNERO”, ou nas ONGs. Observamos que muitos deles estão empregados porque as transformações corporais ocorreram dentro do ambiente de trabalho. Porém, não estão livres do *bullying* que sofrem nesse ambiente. Um grande dilema dos rapazes é a cirurgia de mastectomia que muitos médicos, mesmo nos hospitais privados, não querem fazer, o que leva muitos deles à frustração.

As ONGs atuam de forma a transformar essa realidade, por meio do diálogo com órgãos do governo (federal, estadual e municipal), na tentativa de mudar a realidade desses jovens, o que tem conseguido poucas melhorias diante dos grandes problemas relacionados ao mercado de trabalho, à segurança e à educação.

Outro grande inimigo que se destaca na comunidade dos jovens trans é o uso das drogas (deprimidos, frustrados e cansados pelas inúmeras perseguições sociais), que caracteriza uma eterna luta contra a transfobia. Jovens trans têm buscado cada vez mais refúgio nas drogas, um problema que vem crescendo no meio de nossa comunidade.

Ao chegarem à fase adulta, homens e mulheres transexuais têm sobrevivido e estão conseguindo demarcar seu espaço social. Sim, é verdade que existe ainda um grande número de transexuais que está à margem da sociedade; mas, com muito sacrifício e determinação, tem driblado os obstáculos que a vida impôs para transexuais ao assumir publicamente sua identidade de gênero. Uma coisa é fato: pessoas trans sempre estarão na fronteira com a depressão e isso se deve a todos os traumas sofridos na infância, na adolescência, na juventude, e que se tornam mais fortes na fase adulta. A isso tudo, soma-se a chegada da “boa idade”, que leva a uma angústia devido à falta de perspectiva de vida e aos sonhos não realizados (cirurgia de redesignação sexual, conquista do registro de nome civil e reconhecimento social de

comum acordo com a identidade de gênero construída). Outro fator que também marca muito essa fase é que muitas(os) negam a busca pelo(a) parceiro(a). Esses parceiros(as) devem ter uma compreensão de toda luta e transformação vividas pelas pessoas trans e é necessário que aceitem lutar contra a transfobia. A luta acaba envolvendo pessoas trans e parceiros(as), levando muitos deles também a uma vida solitária, a repensar e a regredir na escolha feita.

Podemos observar que muitas pessoas trans, em diversos momentos, pensam em desistir nesta fase da vida; uma em cada dez pensa em suicídio. O que tem impedido a concretização dessa estatística é o uso das redes sociais, que ligam as pessoas trans umas às outras em uma forte corrente de trocas de experiências, levando muitas a ultrapassarem esse tão obscuro sentimento.

O que se tem feito para garantir o completo bem-estar psicossocial das pessoas trans?

Um dos grandes avanços se deu ao fato da publicação da Portaria nº 2.803 do Ministério da Saúde, em 2013, que reformula e regulamenta o Processo Transexualizador. O destaque nessa Portaria é que ela trabalha as e os transexuais (mastectomia e histerectomia para homens trans), assim como as travestis, no que diz respeito ao tratamento psicológico e endocrinológico. Mas o tempo que os hospitais e os ambulatórios levam para serem habilitados, e também para os já habilitados se estruturarem e executarem o processo, faz com que muitas pessoas trans, que há muito esperam pela tão sonhada e desejada cirurgia, desenvolvam uma ansiedade e uma angústia que se reflete na fase adulta. É possível que, no fim de todo esse processo de reestruturação dos hospitais e dos ambulatórios, muitas transexuais desistam da cirurgia (mesmo ainda existindo o desejo) por causa de um longo processo depressivo e exaustivo ocasionado pela espera. Porém, esse fato pode não acontecer com os homens trans que, em qualquer fase de sua vida, querem a histerectomia e a mastectomia.

Não se pode dizer que o tempo que o Ministério da Saúde leva para reestruturar o Processo Transexualizador seja desnecessário, pois

entende-se a necessidade do cuidado no que se refere a esse processo. Mas podemos parabenizá-lo por ser também o pioneiro em outra Portaria que garante o nome social das pessoas trans, tanto no cartão SUS como nos prontuários de atendimento (Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009).

O grande problema que leva a uma insegurança geral na população trans é que portarias podem ser revogadas por qualquer governo. Sendo assim, seria necessária uma lei que garantisse todo esse processo.

Outro grande avanço que pode vir a transformar a vida das pessoas trans é a Lei João Nery que regulamenta a igualdade de gênero para todas as pessoas travestis e transexuais, garantido assim a mudança de nomes. Essa Lei, hoje, tramita no Congresso Nacional, mas ainda está muito longe de ser aprovada.

Não se pode esquecer também das diversas capacitações e sensibilizações que os governos federal, estaduais e municipais têm feito para sensibilizar a sociedade a atender e a respeitar as pessoas trans. Muito desse trabalho acaba sendo inválido porque não se pode mudar a transfobia. O que se tem de fazer é vencê-la e, para isso, é necessário uma lei forte que faça as pessoas pensarem duas vezes antes de cometer esse tipo de discriminação ou de agressão.

No Brasil, outro grande fator que vem crescendo contra as pessoas trans é o alto índice de violência que as têm exterminado, o que só reforça a necessidade de aprovação da lei acima citada.

É notório que os avanços têm acontecido, mesmo que de uma forma lenta. Acredita-se que os resultados virão na geração futura, na qual as pessoas trans serão vistas como pessoas “normais.”

Só resta às gerações passadas tentar superar os danos psicossociais e patológicos das marcas carregadas por toda a vida. O tempo fará grandes diferenças.

O processo de travestilidade, suas angústias e ansiedades, é muito parecido com o da transexualidade. A linha que separa estes dois segmentos é a busca pela cirurgia de redesignação sexual. Há quem diga que as travestis são muito mais bem resolvidas do que as(os) transexuais. Isso se deve ao fato de elas não buscarem a readequação

sexual. Em determinados lugares, elas chegam a ser “compreendidas ou aceitas” por não quererem a cirurgia. Tudo isso caracteriza a última das violações sofridas por mulheres e homens transexuais.

O que fazer para garantir o conceito de saúde?

É preciso que profissionais sejam qualificados e fiscalizados para trabalharem com essa população, que genitores amem seus filhos(as) como são para se tornarem pais de verdade, que sejam criadas leis que obriguem as pessoas a respeitarem a liberdade de expressão das identidades de gênero, que seja elaborada uma política forte de combate às drogas, que seja implementado o Processo Transexualizador de forma eficaz para transformar esperanças em realidades. Por fim, é necessário que a sociedade enxergue que pessoas trans não são anomalias que precisam ser excluídas e sim PESSOAS que precisam ser respeitadas.

Todas essas medidas podem garantir que os danos sociais às novas gerações sejam reduzidos e que meninos e meninas trans possam se tornar homens e mulheres com uma saúde plena, ou seja:

Que o completo bem estar psicossocial de nossas Transexuais, seja garantido!

Sabemos que será um desafio para o Brasil, que terá muitas dificuldades na conclusão de todas essas medidas, pois a população brasileira possui uma forte cultura enraizada em um falso conservadorismo. Muitos dos que se dizem livres da discriminação, na verdade, camuflam o seu verdadeiro sentimento e, infelizmente, transfóbicos multiplicam-se cada vez mais no nosso país.

Uma grande mulher disse que país rico é um país sem pobreza e pode ser! Mas, com certeza, tem que ser um país justo para todos!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html>. Acesso em: 10 abr. 2015.

Trans-homens: a distopia nos tecno-homens

Eduardo Meinberg de Albuquerque Maranhão Filho
João Walter Nery

Este recorte é uma ampliação da análise feita anteriormente (NERY; MARANHÃO FILHO, 2013)¹ sobre os trans-homens que compartilham suas trans experiências no ciberespaço (experiências micro e biopolíticas). A cartografia sobre tais vivências foi realizada a partir de trabalho de inspiração etnográfica digital – observação marcada pela participação em fóruns, grupos da rede social Facebook (FB) e mensagens eletrônicas.

O artigo procura traduzir algumas das demandas de pessoas que realizam adequações de gênero do feminino para o masculino, utilizando-se de várias tecnologias modernas nessa sociedade distópica ocidental. Entenda-se aqui como “tecnologias que produzem vida (e que incluem as de modificação ou aumento corporal) são tecnologias materiais e discursivas, culturais e políticas e não simplesmente técnicas no sentido literal do termo” (BOURCIER, 2008, p. 65). Os trans-homens vivenciam uma “masculinidade inquietante”. Terão de estar sempre de prontidão, porque não há, na cultura brasileira, espaço para respeitá-los ou entendê-los como homens sem pênis, com seios e com vagina. De início, a maioria se reconhece como lésbica masculinizada (por falta de informações, de apoio ou para não assustar demais os pais). Muitos começaram a se hormonizar há pouco tempo. Estão preocupados com questões pessoais: como contar para os pais, como adquirir a receita obrigatória para se comprar o hormônio ou que dosagem tomar. Procuram em sites por “dicas” ou produtos que aumentem seus músculos, conversam sobre os diversos efeitos colaterais do uso da testosterona, procuram por órteses do tipo *binder*, *packer/play*, *pump* e *STP*² e discutem suas dúvidas acerca de como se apresentar no trabalho, na escola, na academia ou nas suas relações afetivas.

¹ Nery denomina-se trans-homem, enquanto Maranhão Filho (in) define-se (provisoriamente) como entre gêneros, não binário.

² Aparelhos ou dispositivos ortopédicos, de uso provisório ou não, destinados a alinhar, prevenir ou corrigir deformidades ou a melhorar a função das partes móveis do corpo. O *binder* (colete) e a faixa torácica servem para esconder as mamas; *packer/play* é a órtese em forma de pênis (flácido e/ou rijo); *pump* é a bomba para aumentar o clitóris; e *STP* é o dispositivo para urinar em pé.

Uma das principais demandas da maioria dos trans-homens é a hormonioterapia. Na fase pré-T³, há muitos relatos de ansiedade, depressões, síndrome do pânico, diagnósticos errados de transtorno afetivo bipolar, paralisias motoras, tentativas de suicídio, síndromes fóbicas e outras afecções; quase todas como resultantes da transfobia e que cessam quando começam a transição.

A hormonização tem demonstrado acalmar a maioria dos trans-homens.

Testoterapia

A partir da Segunda Guerra Mundial, a biotecnologia, as cirurgias e as drogas sintéticas como os hormônios têm progressivamente proporcionado modificações somatoplásticas, antes inimagináveis, no estatuto dos corpos. Entretanto, há agenciamentos de poder na manipulação destes. A intervenção hormonioterápica possibilita reinvenções muitas vezes não previstas no binarismo hegemônico de gênero.

Traçando uma comparação entre o homem idoso que toma testosterona, não como um remédio, já que não está doente (seria como assumir uma ferida na sua identidade de gênero), mas para tomar as rédeas da própria vida (e do próprio corpo), parar o avanço do tempo e retomar a juventude perdida (TRAMONTANO, 2012, p. 119), alguns trans-homens o fazem para resgatar o seu corpo idealizado, sua identidade transgênera, sua autoestima, seu auto e alter reconhecimento, a fim de, posteriormente, adequar seus documentos com maior facilidade. A administração de testosterona serve, sobretudo, para que as pessoas possam decodificar o gênero no qual os trans-homens se identificam.

A hormonioterapia é a primeira grande modificação corporal para muitos trans-homens. A maioria a considera mais importante do que as cirurgias. O processo pode ser lento, com resultados diferentes de pessoa para pessoa. Muitos não o fazem por questões pessoais, seja por problemas de saúde, pelo receio de assumir a transformação perante a família, por conta do local de trabalho, por questões políticas ou porque não o desejam.

³ Antes do uso da testosterona.

Existem várias formas diferentes de se usar testosterona, como: injeções, gel, pílulas, adesivos bucais, *patch* na pele, inalador de aerossol e implantes de microdifusão. A testosterona – ou, simplesmente, testo ou T – em forma de gel é comercializada no Brasil somente em farmácias de manipulação. É mais confortável de ser aplicada no interior das coxas (pela manhã, quando o nível da T é mais elevado), provendo um nível mais estável do hormônio (não mimetiza o ritmo circadiano da testosterona no organismo), possivelmente reduzindo os riscos de efeitos colaterais (FTM BRASIL, 2013b). No Brasil, além do gel e do creme, são comercializadas as formas injetáveis do hormônio.

Em 31 de julho de 2013, foi publicada, no Diário Oficial da União (DOU), a Portaria n° 859, ampliando as diretrizes do Processo Transexualizador pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que atenderia jovens a partir dos 16 anos com tratamento hormonal e proveria a cirurgia a partir dos 18 anos, quando antes era aos 21 anos (idade esta sem sentido, já que a maioridade no Brasil é de 18 anos). No mesmo dia, foi desrespeitosamente revogada. Por intermédio da Defensoria de São Paulo/SP, o SUS desse estado é o único autorizado a fazer uso de bloqueadores a partir dos 12 anos, hormonização aos 16 e operação aos 18, medida esta que, incoerentemente, não foi estendida para todo País (RABAHIE, 2013). Os bloqueadores são importantes para os trans-homens que não fizeram a histerectomia: evitam entrar em choque com a testosterona e bloqueiam os posteriores caracteres sexuais secundários, irreversíveis e dispendiosos para ambas as partes.

Efeitos possíveis da testosterona

Há variações para cada indivíduo, mas, no geral, nota-se uma maior quantidade ou um aumento de apetite, acne, suor, retenção de líquido, massas muscular e óssea, enzimas hepáticas, da disposição geral, da libido, do colesterol, dos pelos no corpo e da barba, há policitemia (aumento dos glóbulos vermelhos) e hipertrofia do clitóris. As alterações resultam em modificações na voz, com a proeminência laríngea (pomo de adão), no odor do corpo, na pele, que se torna mais áspera e oleosa, e ocorre redistribuição de gordura corporal. Há interrupção da menstruação e perda de cabelo, levando à calvície.

Observam-se riscos de dano hepático, hipertensão, cefaleia, doenças cardiovasculares e tromboembólicas. Há diminuição da sensibilidade à insulina, atrofia das mamas e da vagina e propensão à insônia. A agressividade e a variação de humor parecem ser um fator psicossocial, já que nem todos as manifestam.

Os trans-homens, para adquirirem os hormônios necessários para sua adequação, nem sempre conseguem os medicamentos. A falta é frequente nas farmácias de muitos estados. Sabe-se que alguns trans-homens, por falta de endocrinologista e/ou de receita médica, recorrem à automedicação e compram hormônios de forma ilegal. Estima-se que a maior parte da testosterona circulante se faz por meio do mercado paralelo esportivo, sobretudo nas academias, e pode ser encontrada em *sites* de fisiculturismo. Essa prática não é indicada pelos profissionais da Saúde, mas costuma ser um recurso para aqueles que se veem sem saída diante da falta de dinheiro, do apoio de profissionais especializados ou da morosidade do SUS.

Pesquisando na internet, os trans-homens descobriram um produto à base de testosterona que ajudava mulheres a terem sobancelhas sem falhas⁴ e começaram a usá-lo indiscriminadamente pelo corpo. É utilizado como um dos meios para se conseguir adequações corporais masculinas.

O despreparo de muitos profissionais também se dá pela falta da cadeira “Gênero e Sexualidade” na maioria dos cursos de Medicina e de Psicologia, o que acarreta um desconhecimento e atitudes preconceituosas no trato com os(as) transgêneros.

Cirurgias e laudo psiquiátrico

As expressões tão comuns manifestadas pelos trans, como: “a cirurgia não vai me fazer homem, porque sempre o fui” ou “nasci preso num corpo errado”, refletem metáforas patologizantes da inversão de gênero e da metafísica do corpo, como prisão da alma, reguladas pelos saberes médicos, religiosos e jurídicos. Essa velha questão é abordada por Bourcier (2008, p. 67) quando se refere à necessidade da despatologização, sendo a nova tendência para a rearticulação do

⁴ Ver “Minha pele oleosa”. Disponível em: <www.minhapeleoleosa.com.br>.

discurso sobre a transição e a transgressão. Ela cita as exposições de Buck Angel (Loren Cameron)⁵ para mostrar que “o ‘tornar-se homem que já se é’ não coincide mais com uma simples reinteriorização, mas articula novas externalizações”, legitimando um sexo diferente, transformador e visível por meio da mídia.

A “construção do gênero ou os processos de identificação são muito mais complexos do que a cirurgia” (ÁRAN, 2010, p. 276-277). A cirurgia deixa de ser condição de “determinação” do que é ser trans-homem (ou transmulher).

Quanto à obrigatoriedade do laudo psiquiátrico, este deslegitima a autonomia do trans de se dizer quem é. Promove que ele “represente” para atender às expectativas do terapeuta e obter, assim, o tão esperado laudo para se operar. Permanece refém, por dois anos, de uma equipe multidisciplinar que não tem parâmetros científicos de avaliação, numa fila de anos de espera, sem conhecer os critérios. Há apenas cinco unidades do SUS para atender todo o Brasil, sendo que a Região Norte ainda não possui unidades, e as do Rio de Janeiro/RJ, de São Paulo/SP e de Goiânia/GO estão com as inscrições fechadas há anos.

O primeiro procedimento cirúrgico para os trans-homens – às vezes, o único – é a retirada das mamas, daí a importância de se aumentar o número de mastologistas no SUS. O termo “mastectomia bilateral”, quando empregado para os trans-homens, é inapropriado, porque a mama não é totalmente removida e mantém-se o mamilo. “Mamoplastia masculinizadora” seria o termo correto, porque se trata de uma readaptação de tórax. A cirurgia plástica é reconstrutiva e transforma, proporcionalmente, os tecidos e a forma de uma mama feminina em uma masculina (MEDICINA..., 2012).

As diversas técnicas cirúrgicas variam conforme o tamanho da mama. Os trans-homens dão à cicatriz o nome de “T invertido” ou “sorriso”, quando a incisão é abaixo das mamas. Usa-se também a dos dois traços. Quando o volume é pequeno, utilizam-se a técnica periareolar (PA) e a técnica transareolomamilar, do duplo círculo (DC), corrigindo também o tamanho da aréola. (CARDOSO et al., 2007)

⁵ Ver Buck Angel. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/Buck_Angel>.

Em alguns casos, pode-se usar prótese peitoral, visando a uma estética melhor. Esta é a primeira cirurgia a que os trans-homens submetem-se para poderem se livrar dos incômodos *binders*, faixas, esparadrapos e adesivos e terem maior aceitação pessoal e social. Ela independe da pan-histerectomia⁶ e/ou da cirurgia genital, que é definida como de caráter sexual secundário. A maioria para nesse estágio. A terceira é a neofaloplastia, também denominada com o termo inapropriado de ortofaloplastia, já que esta se refere a um procedimento para desentortar o pênis.

A neofaloplastia é a constituição de um “novo pênis”. Trata-se de cirurgia considerada ainda “experimental” (só no Brasil e apenas no caso de trans-homens) e, por isso, somente é feita em hospitais universitários, o que evidencia o preconceito no campo da Medicina. Como alternativa, há a metoidioplastia: nesta, o clitóris crescido devido ao uso da testosterona e de bombas de sucção é “solto” de sua posição original e movido à frente para uma posição que lembra a de um pênis. Em alguns casos, a uretra é alongada para que termine na ponta do órgão. Há, também, a possível realização da vaginectomia, que é a remoção da vagina ou o seu fechamento (colpectomia) e a criação do escroto e dos testículos (escrotoplastia). Como a neofaloplastia ainda encontra-se em caráter experimental, o reconhecimento jurídico não demanda a cirurgia de redesignação sexual (ao contrário do que costuma ocorrer com as transmulheres). Ao mesmo tempo, não possuir um pênis pode representar para muitos trans-homens o perigo iminente de ser descoberto como “mulher”. A partir disso, as órteses revestem-se de importância.

Nem todos querem realizar essas cirurgias ou sentem que precisam delas para se tornarem homens. Para a mudança de prenome e de gênero no registro civil, essas costumam ser as cirurgias pré-requisitadas, uma vez que a criação do falo apresenta mais riscos e nem sempre se obtêm resultados estéticos e funcionais satisfatórios.

⁶ Retirada de todos os órgãos reprodutores internos.

O alívio das órteses (*binder*, faixa torácica, *packer/play*, *pump* e *STP*)

Tanto o *binder*, que é o colete compressor, quanto a faixa torácica ou as fitas adesivas e esparadrapos têm a função de esconder as mamas.

Packer é a órtese em forma de pênis, tanto no modelo flácido (que serve para dar volume) quanto no rijo (no modelo *play* com fins sexuais). *Pump* é a bomba de sucção para aumentar o clitóris e *STP* (*stand to pee*), o dispositivo para urinar em pé.

A maioria dos trans-homens usa algum tipo de órtese na cueca para se sentir com uma autoimagem mais prazerosa e mais seguro socialmente. Já existem sungas e cuecas australianas que vem com lugar para o *packer*⁷. Praias e piscinas também figuram como lugares propensos ao embaraço e sentimentos de vergonha, quando não podem tirar a camiseta.

Há *packers* de várias tonalidades, tamanhos, tanto flácidos quanto rijos, ou até com as três funções (com *STP*). A maioria procura por órteses as mais realistas possíveis, incluindo também as conhecidas por vertebradas, por conterem “vértebras” no seu interior e serem dobráveis.

Os *binders* (coletes) são vendidos apenas no exterior. Há faixas ou cintas nacionais, esparadrapos porosos largos e/ou fitas adesivas, que são mais baratos, fáceis de conseguir; porém, são mais inseguros e incomodativos do que os *binders*. Um dos problemas nas academias surge quando se matriculam com o nome social e ficam tensos ao serem descobertos. Alguns confidenciam ao *personal trainer*, quando adquirem mais intimidade, mas há aqueles que narram usar o colete para corrigir a postura.

Quando há compreensão dos pais (raramente), o uso do *binder* começa cedo, assim que os “invasores” aparecem (termo êmico usado pelos trans-homens, denotando a repulsa que as mamas costumam causar). De modo semelhante, a menstruação é muitas vezes chamada de “monstruação”, como uma aberração.

⁷ Exemplos de cuecas e sungas com lugar para embutir o packer podem ser vistos no link: <<http://oconfessionario.wordpress.com/2010/12/08/wonderjock-by-aussiebum/>>.

Outros incômodos causados pelo uso contínuo dos *binders*, faixas, fitas adesivas e esparadrapos são a falta de ar (às vezes, apresentando problemas pulmonares), o calor, as assaduras. Alguns chegam a ficar com as mamas escariadas ou quase necrosadas.

Há também dúvidas sobre como prender as mamas. Segundo alguns cirurgiões que operam trans, a maneira mais apropriada para a compressão mamária é no sentido perpendicular à base da mama, mantendo o mamilo centrado em relação a ela. Fazer uma compressão de cima para baixo provoca um estiramento da pele acima do mamilo, criando “mamas em forma de saco de café”, resultando em cicatrizes grandes. Quando a compressão é correta, o grau de atrofia gerado pela testosterona é benéfico (MEDICINA..., 2012).

Algumas considerações

Neste pequeno recorte acerca dos trans-homens e das suas readequações corporais, há uma ligação direta com a discriminação/intolerância/transfobia sofridas por conta dos conflitos das normas de gênero. As hormonizações e/ou cirurgias tornam-se quase que obrigatórias para esses corpos não alinhados às normas binárias de gênero. Os trans-homens provam que é o gênero que determinará a anatomia. É necessário ser mutante nesta sociedade, se quiser ter uma inteligibilidade identitária e humana. Pretende-se, neste texto, abrir novos diálogos e tornar visíveis as transvivências masculinas – cientes de que tal trabalho não esgotará o assunto: há, ainda, muito a se colocar em discussão.

Referências

- ARÁN, Márcia. A saúde como prática de si: do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade. In: ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de Souza; PISANESCHI, Tatiane Crenn. **Transexualidade, travestilidade e direito à saúde**. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.
- BOURCIER, Marie-Hélène. Les fleurs du male: masculinités sans hommes? **Cahier du Genre**, Paris, n. 45, Éditions *l'Harmattan*, 2008, p. 59-82.
- BUCK ANGEL. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/Buck_Angel>. Acesso em: 27 jul. 2013.
- CARDOSO, André Alves et al. Análise comparativa da técnica da incisão em duplo círculo com as técnicas com incisão periareolar e transareolomamilar de correção cirúrgica da ginecomastia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S.l.], v. 29, n. 9, 2007, p. 465-469.
- FTM BRASIL. (grupo secreto FTM's Bi e Gays. grupo fechado). **Tratamento Hormonal**. 2013. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/brasiftm/hormonios>>. Acesso em: 20 mar. 2013.
- MEDICINA TRANSEXUAL. [Blog]. 2012. Disponível em: <<http://medicinatranssexual.blogspot.com.br>>. Acesso em: 15 mar. 2013.
- NERY, João W.; MARANHÃO FILHO, Eduardo Meinberg de Albuquerque. Transhomens no ciberespaço I: micro-políticas das resistências. In: MARANHÃO FILHO, Eduardo Meinberg de Albuquerque (Org.). Dossiê (In) Visibilidade Trans 2. **História Agora**, São Paulo, v. 2, n. 16, p. 29-59, 2013.
- RABAHIE, Júlia. **Hospital das Clínicas já faz tratamento hormonal de jovem transexual**. Rede Brasil Atual – RBA. 1 ago. 2013. Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2013/08/hospital-das-clinicas-em-sp-ja-comecou-tratamento-hormonal-em-jovem-transexual-5713.html>>. Acesso em: 25 nov. 2014.
- TRAMONTANO, Lucas. **Continue a nadar**: sobre testosterona, envelhecimento e masculinidade. 2012. 126 p. Dissertação (Mestrado

em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

Bibliografia

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOMENS TRANS (ABHT). (grupo aberto). Disponível em: <<http://www.facebook.com/groups/grupoabht/?fref=ts>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

BENTO, Berenice; Félix-Silva, Antônio Vladimir (Org.). **Desfazendo gênero**: subjetividade, cidadania, transfeminismo. Natal: Ed. da UFRN. No prelo.

CYBERSKIN. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Cyberskin>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

FTM BRASIL. (grupo secreto FTM's Bi e Gays. grupo fechado). Disponível em: <<http://www.facebook.com/groups/180619182049731/?fref=ts>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

MARANHÃO FILHO, Eduardo Meinberg de Albuquerque. Anotações sobre a “inclusão” de travestis e transexuais a partir do nome social e mudança de prenome. In: MARANHÃO FILHO, Eduardo Meinberg de Albuquerque (Orgs.). Dossiê. In: Visibilidade Trans 1. **História Agora**, São Paulo, v. 1, n. 15, p. 29-59, 2013.

MARANHÃO FILHO, Eduardo Meinberg de Albuquerque. **Revista de Estudos da Religião**, PUC-SP, ano 12, n. 2, p. 124-143, 2012.

MINOXIDIL. Disponível em: <<http://www.recuperarocabelo.com/tratamentos-queda-cabelo/minoxidil.php>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

MISSÉ, Miquel; COLL-PLANAS, Gerard. **El género desordenado**. Barcelona: Editorial Egales, 2010.

MODO de compressão mamária. Disponível em: <<http://medicinatransexual.blogspot.com.br/2012/11/modo-correto-de-compressao-mamaria-em.html>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

NERY, João W. De uma viagem solitária ao ativismo: politização das subjetividades transmasculinas. In: MONTE ROCHA, Marco Antônio. **Curta o Gênero**. 2013. No prelo.

_____. **Erro de Pessoa**: João ou Joana? São Paulo: Record, 1984.

_____. **Viagem Solitária**: memórias de um transexual trinta anos depois. São Paulo: Leya, 2011.

PÉREZ, Kim. História de La Patologización y Despatologización de las variantes de género. In: MISSÉ, Miquel; COLL-PLANAS, Gerard (Eds.). **El género desordenado**: críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: Egales, 2010.

PROPILENOGLICOL. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Propilenoglicol>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

REVISTA Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000900005>. Acesso em: 20 mar. 2013.

UROLOGIA. Disponível em: <http://www.urologia.com.br/asp/d_urologia.asp?Codigo=13778>. Acesso em: 20 mar. 2013.

WONDERJOCK by aussiebum. Disponível em: <<http://oconfessionario.wordpress.com/2010/12/08/wonderjock-by-aussiebum/>>. Acesso em: 28 mar. 2013.

Parte II

Academia Um olhar sobre a determinação social da saúde de travestis e transexuais



Todas as mulheres do mundo¹: a construção do corpo travesti no Brasil das décadas de 1960 e 1970

Anibal Guimarães

Introdução

Cada vez mais, por diferentes razões, homens e mulheres parecem necessitar e desejar a realização de mudanças corporais. Independentemente da orientação sexual, da identidade e da expressão de gênero, o ser humano, de maneira geral, busca a harmonia entre a autoimagem e a materialidade do próprio corpo. Não constitui, portanto, qualquer novidade que, para travestis e transexuais, agarrar-se a uma promessa de concretização desse desejo pareça fundamental.

Os esforços envidados nesse processo são inúmeros e, ao menos no cenário privado, compreendem a contratação de profissionais de saúde treinados, os quais, por meio de práticas regulamentadas e fiscalizadas pelas autoridades sanitárias, lançam mão de biotecnologias já consagradas. Ciência e Medicina buscam, assim, desenvolver novas técnicas, aprimorar procedimentos médico-cirúrgicos consagrados e intensificam suas pesquisas por novos produtos.

Em um ambiente que sugere a prevalência de uma “medicina dos desejos” sobre uma medicina terapêutica, verifica-se a existência simultânea de práticas regulares e irregulares. Profissionais treinados e autorizados pelo poder instituído a exercerem determinados procedimentos médico-cirúrgicos em corpos são confrontados por outros atores, não oficiais, os quais não apenas representam alternativas de transformações em corpos como também, dadas as quase sempre precárias condições em que atuam, expõem seus “clientes” a riscos, muitas vezes, ainda maiores.

Essa prática não oficial se vale da existência de produtos químicos, os quais apresentam facilidade de acesso e oferecem menor custo e maiores possibilidades de lucro. Esses produtos, muitas vezes, são subvertidos em sua finalidade exclusivamente industrial e acabam

¹ O título “Todas as mulheres do mundo” faz alusão ao filme homônimo, dirigido e roteirizado por Domingos de Oliveira e lançado em 1967. Disponível em: <<http://www.filmesbrasilios.net/todas-as-mulheres-do-mundo/>>. Acesso em: 5 ago. 2013.

injetados no corpo humano. É o caso do silicone líquido, cujos danos no organismo de homens e mulheres têm sido objeto de extensa literatura científica. Ainda que sejam amplamente conhecidos os seus severos danos em humanos, e enorme a dificuldade médica para o seu enfrentamento, chama a atenção seu continuado uso entre travestis e transexuais no Brasil.

De maneira geral, as narrativas e as análises aqui reunidas sugerem que as técnicas e os recursos biotecnológicos desenvolvidos e disponibilizados pela Medicina, ao longo dos últimos 50 anos, para a construção de corpos, significam avanços ainda bastante limitados em termos de seu inequívoco bem-estar. Mais que tudo, travestis e transexuais parecem clamar pela minuciosa reflexão quanto a determinados procedimentos autorizados, uma vez que seu maciço investimento físico e psíquico em algumas transformações radicais não corresponde aos resultados muitas vezes alcançados. É imperioso investigar se, de fato, se promoverá a sua beneficência e, mais que tudo, a sua não maleficência.

As histórias de vida das travestis idosas aqui apresentadas sugerem que a longevidade e a alegada qualidade de vida alcançadas por elas resultam também da razoável satisfação quanto à autoimagem que construíram ao longo de suas vidas. De alguma forma, tal satisfação é o resultado direto das técnicas e cirurgias então disponíveis e, também, do próprio reconhecimento da existência de determinados limites no processo de “construção” de seus corpos. Ao que parece, seu investimento em um feminino que sempre se valeu mais de sua *performance* de gênero do que exclusivamente de um corpo (a ser) “construído” foi crucial para lhes assegurar razoável bem-estar psíquico, não apenas durante sua juventude e maturidade mas, agora em especial, em seu processo de envelhecimento.

Este trabalho se insere em um projeto maior, de natureza etnográfica, o qual busca resgatar e registrar as memórias de travestis brasileiras idosas, com vistas à melhor compreensão do fenômeno da travestilidade. Por meio de uma retrospectiva histórica, pretende suscitar o debate acadêmico quanto aos diferentes discursos geracionais/temporais que, a meu ver, ainda sustentam, em nosso país, o processo de construção do “corpo travesti”.

Aqui, agora

Em 2013, na cidade de Salvador, um profissional de enfermagem foi chamado às pressas a uma casa de cômodos onde residem e se prostituem mais de 30 travestis. Sua missão: tentar socorrer duas delas, as quais apresentavam graves problemas de saúde em decorrência das injeções de silicone líquido que foram aplicadas, por uma “bombadeira”, em seus corpos e rostos. Encaminhadas e atendidas em um hospital público, as travestis foram medicadas e liberadas. Contudo, passados alguns dias, o quadro agravou-se e uma delas teve suas nádegas cirurgicamente removidas; sem resistir à septicemia generalizada, ela acabou falecendo. A outra travesti tampouco resistiu às complicações decorrentes da injeção do silicone e, passados dois meses, também faleceu.

Segundo relato daquele profissional, são ainda insuficientes os recursos desenvolvidos pela Medicina para o enfrentamento dos sérios problemas decorrentes da utilização do silicone líquido injetável no organismo humano: “muitas vezes”, diz ele, “as únicas medidas possíveis são de natureza paliativa”. Para todas as demais travestis que já haviam recorrido aos serviços da mesma “bombadeira”, “tudo não passou de azar” das vítimas². É interessante que se compreenda que, nesse contexto, macular e desqualificar o trabalho de “bombadeiras” pode significar, também, colocar em risco o acesso a um procedimento que a todas “beneficia”.

Em algumas comunidades da cidade do Rio de Janeiro, as chamadas “bombadeiras” que ali residem e trabalham têm expandido sua clientela para além das habituais travestis e transexuais. Mulheres biológicas, de classe média, desta e de outras cidades vizinhas, têm recorrido à sua alegada expertise para retoques com injeções de silicone líquido em seus corpos e em suas faces. Não obstante a falta de regulamentação para a atividade da “bombadeira”, essas mesmas mulheres justificam sua escolha pela “rapidez dos resultados” e pelo “preço acessível”³. Guardadas as proporções, os danos muitas vezes observados em seus corpos são os mesmos sofridos por travestis e

² Relato pessoal do profissional de enfermagem chamado a prestar os primeiros socorros naquela casa.

³ Relato pessoal de uma jovem travesti informante, a qual trabalha como “auxiliar” de uma “bombadeira”.

transexuais que, há cerca de 40 anos, têm se submetido ao “regime” da aplicação do silicone líquido injetável.

Se é razoável afirmar não ser de desconhecimento de nenhuma travesti ou transexual que vive nas grandes cidades brasileiras os riscos a que estão sujeitas quando decidem recorrer a métodos não regulamentados para as mudanças corporais desejadas, sabe-se que esta não é uma escolha aparentemente fácil ou mesmo “irresponsável”. Se, por um lado, a realização de tais procedimentos no âmbito privado e o oferecimento de consentimento não afastam a “ilegalidade” que caracteriza seu exercício, por outro, a urgência em “ficar pronta” para ter assegurada a sua subsistência, somada às atuais dificuldades de acesso ao Processo Transexualizador⁴ no Sistema Único de Saúde (SUS) – em face à facilidade de acesso à “bombadeira” –, parece significativa no processo decisório de travestis e transexuais.

Ante a severa rejeição social de que são alvo, uma vez percebida sua contrariedade às normas de gênero, travestis e transexuais são levadas a confiar em diferentes promessas biotecnológicas que, na verdade, podem agravar seu sofrimento. Na maioria das vezes, rumo à materialização de um corpo que, acreditam, possa resultar no reconhecimento legal e social de sua expressão e identidade de gênero feminina, essas pessoas acabam submetidas a procedimentos invasivos quase sempre árduos, longos e dolorosos. Com o passar do tempo, verifica-se o quão imprevisíveis podem ser suas repercussões nos planos físico e psíquico. Dito de outra forma, é a busca pela restituição da “humanidade” que lhes foi retirada o que move travestis e transexuais em meio à parafernália biotecnológica disponível. Não obstante todo esse sofrimento, o tão ansiado reconhecimento legal e social tampouco lhes é assegurado.

⁴ No Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), dá-se o nome de Processo Transexualizador ao conjunto de procedimentos médico-cirúrgicos a que – de maneira consciente, esclarecida e voluntária – se submete uma pessoa diagnosticada como portadora do chamado “transtorno de identidade sexual” e que deseja ajustar sua genitália à sua identidade de gênero. Ver a Portaria MS nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, e, também, a Portaria MS nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefinem e ampliam o Processo Transexualizador no SUS. (BRASIL, 2008; 2013)

Coccinelle, “mulher de verdade”⁵

Em março de 1963, *Manchete*, então a mais importante revista semanal do País, estampava a foto a cores da vedete e transexual francesa Coccinelle⁶. Em turnê pela América do Sul, Coccinelle lotou estádios de futebol, teatros e boates em que se apresentou. Mais que seus inegáveis dotes artísticos, o que, na verdade, todos queriam ver era aquela linda mulher que nascera “homem” e, em 1958, submetera-se à cirurgia de “troca de sexo” na cidade de Casablanca. Sob diferentes perspectivas, a vinda de Coccinelle ao Brasil serviu para revelar os limites e as condições em que viviam os muitos rapazes que, percebidos como “afeminados”, eram discriminados e sofriam pela suposta incongruência entre sua identidade de gênero e sua genitália.

Saber da existência de Coccinelle e, mais que isso, sabê-la tão próxima, ao alcance dos olhos, tomando banho de sol à beira da piscina do Copacabana Palace, de biquíni, “corpo e beleza estonteantes”, podem ter contribuído decisivamente para desestabilizar o estado de quase perpétua resignação e sofrimento então experimentado pela grande maioria dos “afeminados” brasileiros. À época, investir na produção de vestimentas e acessórios a serem exibidos durante o carnaval representava um importante alívio psíquico a que lhes era possível recorrer. Mais que isso, os dias de folia momesca representavam uma espécie de laboratório para eventuais e futuras incursões daqueles rapazes “afeminados” no universo feminino. Não sem razão, um dos inevitáveis desdobramentos da esfuziante presença de Coccinelle entre nós foi a progressiva conquista do espaço público por essa população segregada. Romper, para “além do carnaval”⁷, com as imposições resultantes da ditadura de gênero foi o passo seguinte.

Mais do que reconhecer a cirurgia de Coccinelle como uma proeza técnica, sua trajetória e seu sucesso pessoal serviram para fazer crer aos “afeminados” que “milagres”, de fato, acontecem. Mas não só isso. Ver materializado, diante dos olhos, alguém que “trocou de sexo” – e,

⁵ A expressão “mulher de verdade” refere-se à canção “Ai, que saudades da Amélia”, de autoria de Mário Lago e Ataulfo Alves. (DICONÁRIO..., 2013a).

⁶ “Eu quero essa mulher assim mesmo!”. (MANCHETE, 1963).

⁷ Refiro-me à obra “Além do carnaval. A Homossexualidade Masculina no Brasil do Século XX”, título traduzido para o Português da tese de doutorado do historiador norte-americano e brasileiro James N. Green, “Beyond Carnival. Male Homosexuality in Twentieth-Century Brazil”, editada no Brasil sob o formato de livro. (GREEN, 2000)

acreditava-se, com isso adquirira valor e respeito social, era desejada pelos homens e invejada pelas mulheres – contribuiu para ressignificar a vida de todas as pessoas que, de certa forma, nem mesmo conseguiam compreender a natureza das questões que tanto lhes perturbavam. A enorme visibilidade alcançada por Coccinelle pode ter contribuído para que uma expressiva parcela dos “rapazes” que, no Brasil, eram sistematicamente discriminados, segregados e humilhados, por conta de sua identidade e de sua expressão de gênero feminina, entendesse que a tão desejada aceitação social estaria condicionada à sua transição de um gênero ao outro. Simples assim: sua “transgressão” não seria tolerada enquanto ela não fosse disciplinada pelo bisturi cirúrgico.

Embora a trajetória de Coccinelle seja inigualável, é fato que, já em 1952, o norte-americano George William Jorgensen Jr. submeteu-se, na Dinamarca, à cirurgia de “troca de sexo” e passou a se chamar Christine. De volta à América, Christine Jorgensen tornou-se alvo de intensa cobertura jornalística, transformando-se instantaneamente em uma celebridade. Se, para o imaginário popular, Christine Jorgensen representava um estilo de feminilidade contida, que mais se assemelhava àquele da atriz norte-americana Lauren Bacall, de voz rouca e *sexy*, Coccinelle, que já atuava como *strip-teaseuse* de sucesso em alguns célebres cabarés parisienses, incorporava, simultaneamente, as figuras de Brigitte Bardot e Marilyn Monroe, dois dos maiores símbolos sexuais de toda a história do cinema mundial. Ao que parece, ante a exuberância e os “encantos” da francesa Coccinelle – a qual se ajustava, como uma luva, ao festejado espírito carnavalesco brasileiro –, nossos “afeminados” ficaram alheios à aparente modéstia da norte-americana Jorgensen. Não sem surpresa, no Brasil, Coccinelle acabou alçada à condição de modelo de feminilidade a ser adotado e perseguido.

“Ô abre-alas, que eu quero passar...”⁸

Para Veneziano (2006), a década de 1950 representa o auge do teatro de revista no Rio de Janeiro, quando produções bastante luxuosas reuniam em seu elenco os grandes nomes de então e, com frequência, atores, reconhecidos por sua masculinidade, representavam papéis femininos, de forma propositadamente caricatural e grotesca. Grande Otelo e Oscarito foram alguns desses atores. Em 1953, contudo, esse cenário mudou: Walter Pinto, principal empresário dos espetáculos de revista produzidos no Brasil entre as décadas de 1940 e 1960, contratou Ivaná, travesti francês de “rara beleza e feminilidade”⁹, para ser a estrela de sua Companhia. Seu sucesso foi tão grande entre nós que a mesma revista *Manchete*, em 1953 – dez anos antes da passagem de Coccinelle pelo Rio de Janeiro –, lhe reservou sua capa (MANCHETE, 1953).

Se, para chamar a atenção de todos, Coccinelle valia-se, simultaneamente, de sua condição de “homem que operou e virou mulher” e de suas belas formas femininas, Ivaná, sem jamais ter recorrido a qualquer procedimento cirúrgico capaz de transformá-lo em “mulher”, nada mais era do que um belo rapaz que “se vestia de mulher”, cantava e falava “como mulher”. Sua inegável aparência feminina deve-se aos variados enfeites que utilizava para entrar em cena, à apurada técnica de *maquillage* teatral, às belas perucas e ao luxuoso guarda-roupa. No mais, “tudo não passava de ilusão de ótica”.

No Brasil, a contrariedade de homens às normas de gênero estava autorizada apenas durante o carnaval ou, então, nas artes cênicas. Tudo o que escapasse a essa ditadura de gênero deveria ser severamente repreendido por todas as “pessoas de bem”. Não sem razão, a “ousadia” de alguns rapazes “afeminados” em seguir carreira artística deve-se não apenas à menor rigidez ali verificada quanto ao controle de sua expressão de gênero, mas, é possível, à maior proximidade com um universo tido por muitos como “promíscuo”, portanto, mais “propício” às suas experiências homoeróticas. Alguns outros “afeminados” se voltaram aos ofícios de corte e costura ou de cabelereiro e maquiador.

⁸ A marcha “Ô abre alas”, composta por Chiquinha Gonzaga em 1899, foi a primeira música feita no Brasil especialmente para animar o carnaval (BRASIL, 2013b).

⁹ O sucesso das revistas musicais de Walter Pinto era tão grande que, “depois do êxito de ‘Eu Quero Sassaricá’, em 1951, o produtor se deu ao luxo de passar o ano seguinte viajando pela Europa a fim de pesquisar tendências para suas montagens seguintes” (GOMES, 2013). Parece razoável supor que a contratação de Ivaná significou a tentativa de o empresário, ao menos em parte, reproduzir em suas revistas, no Brasil, a fórmula de sucesso a que assistira nos cabarés parisienses de então (GOMES, 2013).

Em geral, essas profissões aceitavam aprendizes e melhor toleravam eventuais contrariedades às normas de gênero.

Em 1963, chegou a Paris Waldir da Conceição, o primeiro brasileiro que passou a viver ali, integralmente, como travesti. Bailarino profissional, dotado de refinada técnica, beleza exótica e porte elegante, Waldir já correra o mundo em diferentes turnês. Quando em 1962 esteve em Paris pela primeira vez, Waldir ficou perplexo com algumas coisas que ali viu: à noite, pelas ruas de Pigalle, homens maquiados e vestidos em elegantes trajes femininos eram cortejados por outros homens e tratados como mulheres¹⁰. A repressão policial a que, na França, estavam sujeitas aquelas pessoas por conta de sua “afronta” à legislação que proibia “a um homem se vestir como mulher fora do período de carnaval” pareceu irrelevante para Waldir. Perceber as infinitas possibilidades subjacentes à inegável atração e atenção que, em geral, aqueles “afeminados” exerciam sobre homens de “verdade” foi crucial e suscitou em Waldir o desejo inicial de investir na carreira de bailarino em Paris.

Não demorou para que Waldir logo entendesse que a magia permissiva de Pigalle e o clima sedutor dos cabarés de espetáculos de travestis Madame Arthur e Le Carrousel eram irresistíveis e falavam mais alto à sua sensibilidade do que prosseguir na carreira de bailarino. Paris não apenas abriu as portas de um novo mundo para Waldir como, também, mostrou os caminhos para a sua transformação física em mulher. Foi assim que, em 1963, aos 27 anos de idade, nascia Daloá.

A efervescência do disputado ambiente noturno em que Daloá passou a viver logo a despertou para a possibilidade/necessidade de recorrer aos “milagrosos” hormônios e cirurgões plásticos que faziam “maravilhas” em corpos e rostos, e cujos nomes eram ciosamente partilhados apenas entre os poucos travestis franceses “estabelecidos”. Como bem aponta a travesti Rogéria, para algumas pessoas, determinados lugares de Paris eram capazes de evocar a incredulidade: “O *Carrousel!* Meu Deus, homens que são mulheres! Quando você pensa que vai ver um cara ridículo vestido de mulher,

¹⁰ O fotógrafo sueco, Christer Strömholm, em seu livro *Les Amies de Place Blanche*, consegue, por meio da reunião de suas belas fotografias, captar a “novidade” e a “ousadia” que, nessa época, em Paris, significou a ocupação do espaço público por travestis franceses e estrangeiros. (STRÖMHOLM, 2011).

chega lá e vê gente linda, de cabelão comprido. O cara leva um choque” (ROGÉRIA, 1990).

Após viver na Europa 12 anos sem ter se submetido à cirurgia de transgenitalização, mas, ainda assim, fazendo *strip-tease* e dançando, Daloá trocou de sexo em 1975, em Bruxelas. Não há dúvidas: o exitoso florescer pessoal e profissional de Daloá sedimentou as bases de um importante movimento de emigração de artistas travestis brasileiras rumo à Europa a partir da década seguinte. Em 1969, Valéria e Rogéria, consagradas travestis brasileiras, cruzaram o Atlântico para tentar uma carreira internacional. Suas inegáveis qualidades artísticas serviram, em definitivo, para abrir as portas dos cabarés europeus de travestis às brasileiras talentosas.

É necessário que se aponte que, antes de seguirem para a Europa, Rogéria e Valéria não haviam, ainda, lançado mão de alguns recursos biotecnológicos que, mais tarde, acabariam por destacar sua já reconhecida feminilidade. A exemplo de Ivaná, ambas as artistas não apenas recorriam à *maquillage* e à peruca como, também, distribuía enchimentos ao longo de seu corpo.

Foi Valéria a primeira das grandes artistas travestis brasileiras a retornar de Paris. Sua chegada ao Rio de Janeiro, em 1972, provocou uma corrida de jornalistas e fotógrafos ao aeroporto. Era enorme a curiosidade de todos quanto a seu “progresso” físico: a exemplo de Coccinelle, teria Valéria também “operado”? Teria conseguido ficar ainda mais bela? Imediatamente contratada para estrelar um grande espetáculo em um dos principais teatros da cidade, Valéria logo tornou-se a “coqueluche” da noite carioca. Em pouquíssimo tempo, seu rosto estampou as capas das principais revistas e jornais.

Conta a travesti Cláudia Celeste que, desde o início, acompanhando pela imprensa toda a enorme movimentação em torno da chegada de Valéria, logo comprou seu ingresso para o espetáculo. Assim que Valéria entrou em cena, Cláudia Celeste – então, um jovem “afeminado” de 20 anos de idade – não conseguia arredar os olhos do palco, tal era a “feminilidade”, a “beleza”, o “fascínio” e a “sedução” que irradiavam de sua figura. “Meu Deus, o que era aquilo?”, pergunta-se até hoje. Conta Cláudia que, ali, naquele exato momento, entendeu que seu

destino estava irremediavelmente traçado: seria também “travesti”, pouco importando o custo de sua decisão. O modelo de referência, lembra, acabara de lhe ser apresentado. Para Cláudia Celeste, travestir-se significou dar um fim à recorrente humilhação que sentia, resultante dos xingamentos que cotidianamente ouvia por ser “um rapaz de aparência extremamente feminina”. Com sua decisão, Cláudia lembra que “passava ‘batida’, sem despertar a atenção de ninguém: eu era mais uma mulher caminhando pelas ruas e, como tal, deveria ser respeitada por todos”.

Em setembro de 1973, foi a vez de Rogéria voltar ao Brasil. Passados alguns dias, a artista deu extensa entrevista ao importante semanário *O Pasquim*. Ali, Rogéria conta que foi na Europa que, pela primeira vez, ingeriu hormônios femininos. Se, até então, a artista sempre afirmara ser “contrária” ao uso de hormônios, Rogéria foi obrigada a reconhecer que:

Em Paris não tem essa onda de ser contra. Você manda aplicar e o resto é deixar o barco correr. Eu tive depressões horríveis, eu chorei muito. Uma transição de homem pra mulher no palco é fácil, mas no dia-a-dia é fogo. É deixar cabelo crescer, é problema de barba. (ROGÉRIA, 1973)

Os indesejáveis efeitos secundários teriam sido “suficientes” para interromper a “terapia hormonal” a que deliberadamente Rogéria se submetera. A essa altura, seu principal objetivo – ter os seios desenvolvidos – já tinha sido alcançado e ela se dizia satisfeita com seu tamanho e formato. Como bem salienta Rogéria, a autoprescrição dos hormônios femininos sintéticos era a tônica desse processo: “Ah, [o hormônio] é bom pra tudo, pra pele. Não fiz com médico. Fiz no peito e na raça, porque eu tinha as experiências de todas as minhas amigas”.

Se, como salientado anteriormente, no mundo parisiense dos espetáculos profissionais de travestis da década de 1960, a grande maioria das artistas que ali trabalhava já fazia uso de hormônios

sintéticos femininos, e algumas delas – como é o caso de Coccinelle e das igualmente célebres Bambi e Capucine – já haviam, inclusive, se submetido à cirurgia de “troca de sexo”, Valéria e Rogéria não ficaram indiferentes àquele ambiente. A compreensão de Rogéria para o cenário que se vislumbrou diante de seus olhos parece ter sido determinante para que se desse o seu reconhecimento definitivo como uma travesti “de verdade”:

Você não pode imaginar o que foi minha chegada em Paris, porque lá elas têm prótese até no calcanhar, silicone em todas as curvas, são lindas, deslumbrantes, então cheguei eu de brejeira. Eu não tinha peito nem cabelo. Chegavam pra mim e diziam, ah, você tem muito talento, mas no fim da noite eu acabava sempre sozinha, não tinha sexo, eu era isso aí, uma coisa indefinida. Aí comecei a me aplicar toda. Porque até barba eu tinha, pouca, mas tinha. E o homem francês é assim, admite qualquer eventualidade, mulher só não pode ter barba (ROGÉRIA, 1976).

Nesse sentido, é razoável que se pense que, à época, o processo de construção e de aprimoramento da subjetividade de travestis estava condicionado à máxima articulação entre observação, aprendizagem e pronta aplicação do conhecimento adquirido com os pares, fosse no palco, nos bastidores ou no espaço público. A célebre Bambi, que ao lado de Coccinelle foi a maior vedete do *Carrousel de Paris*, confessa: “às vezes, eu me entregava às imitações... esse ato é essencial no processo de aprendizagem”¹¹. Com efeito, não seria distinto o que “afeminados” brasileiros sentiriam diante da “força feminina” de Valéria e Rogéria (MANCHETE, 1974).

Cabe destacar que o esmero e o cuidado na performance de gênero das pioneiras travestis brasileiras – por meio do caminhar, do vestir, do olhar, do passar batom, do jogar os cabelos, do “saber se comportar”, enfim, de todo o gestual típico feminino – deriva, confessadamente, não

¹¹ “Je me livrais parfois à des imitations... c’est un acte essentiel de l’apprentissage”, no original em Francês. (BAMBI, 2013).

apenas da observação dos filmes de Hollywood em que trabalhavam atrizes “cheias de *glamour*” mas, também, das inesquecíveis “cantoras do rádio” – como Marlene e Emilinha, por exemplo –, tão cultuadas por elas. Diz Rogéria: “a mulher que existe em mim é hollywoodiana, cheia de *glamour*” (ROGÉRIA, 1990).

Para outras travestis, a admiração, a exposição e o contato bastante próximo com suas clientes nos elegantes salões de beleza em que trabalhavam, na zona sul do Rio de Janeiro, como maquiador e cabelereiro teriam sido decisivos para a adoção de determinados padrões de feminilidade e de elegância. Como bem observa Cláudia Celeste, é curioso que as figuras da mãe, irmã ou tia – em tese, mulheres comuns, cujo principal espaço de atuação é o privado – jamais representaram um ideal de feminilidade a ser copiado por seus pares: “para a gente, o que interessava mesmo era parecer com Marilyn Monroe e Brigitte Bardot”.

“*La vie en rose*”? ¹²

Trabalhar nos luxuosos espetáculos produzidos em tradicionais casas noturnas de Paris, de Barcelona e de Berlim era a principal justificativa para o crescente fluxo de travestis brasileiras que passou a viajar para a Europa nos primeiros anos da década de 1970. Contudo, como bem aponta Rogéria, logo tornou-se evidente que, ao menos nessa época, seria exigido, das artistas travestis, muito mais do que a beleza física: “era o teste que mostrava ao padrão quem, de fato, tinha talento”, resume. Contudo, em surpreendente entrevista à revista *Manchete*, Rogéria, quando se refere à sua “realidade salarial” europeia, diz: “ganhávamos muito pouco, pouco mesmo” (MANCHETE, 1977).

No Brasil, para a maioria das talentosas artistas travestis, o trabalho nos palcos era complementar às suas atividades profissionais cotidianas. A maior independência financeira, resultante do exercício de uma profissão, foi o que possibilitou a muitas delas “o luxo” de, à noite, subirem aos palcos. Nesses espaços, os cachês pagos também eram irrisórios e, segundo alguns, “mal dava para comprar a *maquillage*” que usavam em cena. “Ser travesti é muito caro”, insiste uma delas. Na grande maioria das vezes, eram as próprias artistas as responsáveis pelos custos

¹² A canção “*La vie en rose*”, imortalizada na voz da cantora francesa Édith Piaf, remete, por sua letra, à nostalgia de um amor idealizado e feliz, o qual conferiria à vida um tom otimista, cor-de-rosa.

de seu guarda-roupa. Indubitavelmente, a possibilidade de expressar seu gênero “verdadeiro” era o que impulsionava todas essas pessoas a se empenharem tanto em uma atividade que, financeiramente, lhes era muito pouco (ou nada) significativa. Diante do estigma, da reiterada desqualificação social e da discriminação que sofriam a cada vez que esses “rapazes” eram percebidos como “afeminados”, parece razoável que se pense no valor simbólico que, ao final de cada espetáculo, teriam os aplausos recebidos.

Na Europa, aberta a cortina do palco, algumas questões inerentes ao *métier* logo emergiam para as travestis brasileiras recém-chegadas e contratadas. Seu enfrentamento se fazia urgente e necessário, especialmente em Paris, onde, desde o final da década de 1940, os espetáculos de travestis eram uma tradição das melhores casas noturnas e seus artistas gozavam de relativo prestígio social. Com o passar dos anos, o maior requinte das produções e o rigor profissional dos elencos dos cabarés parisienses passaram a exigir, também, o crescente investimento pessoal na construção de uma feminilidade “irretocável”. Em sua busca pela perfeição no transformismo, corpo e rosto tornaram-se objeto de diferentes intervenções médicas e cirúrgicas. À época, rinoplastias e outras breves correções faciais eram comuns; as cirurgias de “troca de sexo”, além de caras, eram ainda uma raridade acessível a somente poucos.

Determinada travesti brasileira, cuja inegável beleza feminina não apenas lhe assegurou a capa de importantes revistas e colunas sociais, mas também, lhe abriu todas as portas dos espetáculos em nosso país, experimentou na Europa um início de carreira pouco usual. Depois de chegar a Paris, em 1977, fazer diferentes testes e ser admitida em um cabaré de bastante prestígio, ela decidiu romper seu contrato, passadas algumas semanas. Motivo alegado: era preciso dispor de maior tempo para investir na construção de seu próprio corpo, já que a existência naquele mesmo ambiente de corpos que eram reconhecidos por todos como inequivocamente femininos deixava-a “em desvantagem”. Destaque-se que, nesse caso, seu conceito de “feminino” não implicava, necessariamente, na submissão à cirurgia de “troca de sexo”, mas tão somente no acentuamento de caracteres sexuais secundários femininos. Nesse sentido, Rogéria resume o drama vivido por quem

não estava ainda pronta para trabalhar na cena dos cabarés parisienses de travestis: “as meninas do *Carrousel* morrem de rir quando chega alguém de peruca porque [elas próprias] são todas mulheres perfeitas” (ROGÉRIA, 1976).

Depois de perguntada sobre o porquê de não haver, até então, promovido as mudanças corporais que se espera de uma travesti artista profissional, ela, sem hesitar, respondeu que o “respeito” a seus pais e a estreita convivência com o restante de sua família no Brasil representavam, de fato, um impedimento; a partir do momento em que, se encontravam fisicamente afastados, ela se sentiu liberada para, finalmente, avançar em seu processo de feminização.

Outras vezes, mesmo quando inexistentes – ou precários – os vínculos familiares, para algumas travestis que trabalhavam em salões de cabelereiro, por exemplo, havia uma espécie de código de conduta e de apresentação pessoal que deveria ser rigorosamente observado. Nesses ambientes, a expressão ou a identidade de gênero feminina por parte de cabelereiros ou maquiadores, nascidos sob o sexo biológico masculino, não era “um problema”, desde que mantidas “nos limites do aceitável”. À época, isso significava, por exemplo, não aparentar a existência de seios e evitar o uso de trajes inequivocamente femininos ou mesmo de *maquillage*.

No tocante à promoção de modificações corporais em travestis, o meio mais amplamente utilizado no Brasil, entre o final da década de 1960 e o início da seguinte, era a pílula anticoncepcional. Sua aparente simplicidade, sua facilidade de uso e seu baixo custo eram de conhecimento de todos os “afeminados” que desejavam induzir em si o aparecimento de caracteres sexuais secundários femininos – como seios, o arredondamento das formas, a maciez da pele – e deter os sinais de sua masculinidade – como, por exemplo, a diminuição da queda de cabelos e a natural agressividade.

Ao que parece, em um ambiente no qual a aparência física – isto é, a capacidade individual de convencimento de terceiros quanto às características femininas por si desenvolvidas – é capaz de reforçar a autoestima, estabelecer hierarquias intragrupos, fomentar rivalidades pessoais e, também, assegurar um contrato de trabalho em uma

casa noturna de prestígio, ficaram em aparente desvantagem aquelas travestis que, por qualquer razão, não puderam fazer uso desse dispositivo biotecnológico.

Não obstante seu potencial feminizante, o recurso aos hormônios não era o único meio de satisfazer as necessidades das travestis em terem sua aparência física o mais congruente possível com sua identidade de gênero. Nesse sentido, a utilização de parafina líquida e, posteriormente, de silicone líquido, também injetável, constituíam alternativas mais rápidas para a consecução desse processo¹³. Algumas artistas travestis brasileiras, então residentes na Europa, foram convencidas por médicos e cirurgiões plásticos locais a se deixarem injetar tais produtos em seus corpos e rostos. Testemunha ocular dos danos que a parafina injetável seria capaz de causar no organismo humano, Rogéria, recém-chegada de Paris, resumiu, de maneira estarrecedora, sua opinião a respeito do uso daquele produto: “câncer no duro” (ROGÉRIA, 1973).

Não de menor importância era a questão dos pelos no rosto e no corpo. Alguns desses “afeminados” experimentavam intenso sofrimento decorrente da severa pilosidade que os acometia. Muitas travestis revelam que chegavam a evitar – ou, até mesmo, cobrir – os espelhos de sua casa como forma de não terem contrariada sua autoimagem feminina. A vontade/necessidade psíquica de se “livrar dos pelos” era, nos casos mais graves, até maior do que a de desenvolver formas femininas. Tratamento, até então, caro e praticado por raros especialistas em nosso país, a eletrólise já era amplamente disseminada entre as travestis artistas francesas e estrangeiras que viviam e trabalhavam em Paris.

Houve casos de “afeminados” brasileiros que resistiam a acreditar no que viam quando se encontravam com as travestis brasileiras recém-chegadas da Europa. Anteriormente conhecidas pela quantidade de pelos em seus corpos – os quais, em alguns casos, eram abundantemente distribuídos pelo rosto, tórax, costas, braços, mãos, pernas e pés, e eram, repetidas vezes, raspados em um mesmo dia para evitar que “brotassem” –, aquelas travestis estavam agora completamente livres do “castigo e tormento” que tanto as faziam sofrer e que limitavam

¹³ Conforme apontam Duffy (1990) e Rappaport, Vinnik e Zarem (1996), ambos os produtos já haviam sido objeto de relatos na literatura científica internacional quanto aos graves danos que a sua injeção provocaria no organismo humano; não obstante, seu uso inescrupuloso por alguns profissionais médicos persistiu.

suas vidas pessoal e artística. Para algumas, somente após o término do árduo, doloroso e caríssimo tratamento de eletrólise, a que puderam se submeter em Paris, é que acabou seu sofrimento psíquico e sua vida, de fato, começou.

“Do milagre à catástrofe”¹⁴

São inúmeros os casos malsucedidos resultantes do emprego, clandestino ou não, da parafernália biotecnológica nos corpos de travestis e de transexuais¹⁵ nos últimos 50 anos. No Brasil ou na Europa, travestis e transexuais não pouparam esforços para, por meio da construção de um corpo que correspondesse ao máximo à sua autoimagem, ver atendidas suas mais elementares necessidades psíquicas. Embora elevadíssimo seu investimento, reduzir ao âmbito financeiro o enorme custo desse complexo processo de transformação corporal equivale a desprezar todo seu valor simbólico. Nesse sentido, é bastante significativa a provocação de Rogéria quando pergunta: “e, afinal, quem paga a conta? As pessoas querem-nos lindas e sem problemas” (ROGÉRIA, 1977).

Há exemplos que não apenas chamam a atenção para os riscos envolvidos como, também, suscitam a necessidade de se retomar o debate quanto às expectativas que cercam a prescrição e a realização de determinados procedimentos. É o que acontece quanto aos possíveis desdobramentos que a realização das cirurgias de “troca de sexo” pode ter. Para algumas transexuais, a vaginoplastia que se seguia à castração, por exemplo, não correspondia, muitas vezes, à esperada profundidade de suas vaginas. Na prática, isso poderia significar a maior dificuldade – ou, até mesmo, a impossibilidade – de consumação da relação sexual de natureza peniano-vaginal.

A primeira transexual em todo o mundo a se submeter ao “aprofundamento” de seu canal vaginal foi Kika, uma brasileira que, em 1976, conseguiu convencer o Dr. Conill – ginecologista espanhol

¹⁴ “Do milagre à catástrofe” é a tradução livre do subtítulo do artigo de J. Glicenstein, *Les premiers “fillers”, vaseline et paraffine. Du miracle à la catastrophe*.

¹⁵ É preciso ressaltar que, na Europa, a partir de um determinado momento, a aplicação de injeções de silicone nos corpos de travestis e de transexuais que ali residiam era feita por seus próprios pares. É possível que tal fato seja o resultado da retração dos profissionais de Saúde europeus quanto a esta prática, sobretudo depois dos inúmeros escândalos que acabaram revelados pela imprensa e que os sujeitaram ao maior controle por parte do aparato estatal e as suas consequentes sanções legais.

radicado em Barcelona – a dar um fim ao “intenso sofrimento” que até então experimentava (KIKA, 2014). De acordo com Kika, só depois desse procedimento é que lhe foi possível, de fato, viver como uma mulher, sendo-lhe restituídas a alegria e a dignidade subtraídas pela cirurgia de transgenitalização original. Sem apresentar complicações no pós-operatório, seu caso, exitoso, contribuiu para que outros médicos passassem a considerar a oferta a transexuais de um tipo de cirurgia que, embora comum, era até então reservado, exclusivamente, a mulheres biológicas diagnosticadas pelo estreitamento, ou mesmo pela inexistência, de canal vaginal.

O bem-sucedido procedimento realizado em Kika, lamentavelmente, não se repetiu quando, alguns meses depois, o mesmo Dr. Conill recebeu em seu consultório outra transexual brasileira, Lorena Capelli. Considerada, pela imprensa da época, uma das mais belas e queridas vedetes em atividade na Espanha (LA VANGUARDIA ESPANHOLA, 1976), Lorena – segunda transexual em todo o mundo a se submeter a esse novo procedimento – não resistiu ao pós-operatório e acabou falecendo aos 31 anos de idade. Lorena foi, talvez, a mais célebre vítima dessa modalidade cirúrgica. Um ano antes, ela já havia se submetido à cirurgia de transgenitalização em Nova Iorque com o mesmo cirurgião que operara Kika e, da mesma forma, sua vagina tampouco apresentava profundidade.

De acordo com o próprio Dr. Conill (1976), a cirurgia em Lorena – que não apresentara qualquer problema “até o quarto dia do pós-operatório” – foi sucedida por uma “infecção”, a qual, embora combatida por meio de “antibióticos por via venosa” e tenha sido “dominada”, ocasionou um quadro de “desequilíbrio eletrolítico, falência renal e distensão peritoneal”. Levada novamente à mesa de cirurgia, o ginecologista constatou que o “campo operatório” estava “perfeitamente” normal, assim como a “sutura intestinal”. Não obstante a determinados procedimentos cirúrgicos que o Dr. Conill então realizou para “tentar salvar sua vida”, Lorena Capelli não resistiu à “hemorragia difusa” que se produziu no campo operatório 15 minutos após finalizada essa segunda cirurgia. “Foi uma luta tremenda durante 4 dias, contra a morte”, revela o médico (CONILL, 1976).

Para Kika, que, “com enorme sofrimento”, acompanhou todo esse processo, o ginecologista não poderia “jamais” ser responsabilizado pela morte de Capelli. Segundo Kika, ao propositadamente omitir do médico que em suas nádegas havia sido injetado silicone líquido, Capelli acabou por reduzir suas chances de sobrevivência, já que os antibióticos eram injetados naquela região reiteradas vezes. Era uma obsessão de Lorena afirmar a todos que seu belo corpo era “natural”. Como bem aponta Judit Busanello, diretora-técnica do Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais do Estado de São Paulo, o silicone líquido injetável acaba por reduzir o potencial de qualquer medicamento aplicado, por via venosa, em partes do corpo que contenham tal substância (GUIMARÃES, 2013).

Cláudia Celeste, pouco tempo depois de sua chegada a Paris, no final da década de 1970, foi “convencida” pelas demais transexuais de que “também precisava fazer a cirurgia de troca de sexo”. Marcada sua consulta e sua cirurgia com o ginecologista Georges Burou, em Casablanca, a travesti foi colocada no avião por suas amigas. Foi durante o voo que Cláudia pôs-se a refletir se, de fato, fazer aquela cirurgia era uma demanda legítima sua ou se havia sido “plantada” por terceiros. Consciente de que “na verdade, estava agindo por influência das outras”, assim que desembarcou em Casablanca, Cláudia comprou uma passagem de volta para Paris, “desistindo” finalmente da ideia de “mudar de sexo”. Como bem relembra hoje, era assim que as coisas funcionavam naquela época entre as travestis brasileiras que viviam na Europa:

em geral, todas nós acreditávamos em fazer a cirurgia. Mas, na verdade, de maneira geral, só mesmo as mais ‘fracas de cabeça’ é que se operaram. Se, para algumas, a cirurgia foi a melhor solução, para outras, não foi bem assim. Elas se operaram sem nem mesmo pensar se era aquilo mesmo que queriam (CELESTE, 2013).

Dizendo-se, hoje, bastante ajustada e feliz, Cláudia Celeste, já em sua sétima década de vida, diz que fazer a cirurgia teria sido “a maior

besteira” de sua vida: “mesmo sem ter ‘cortado’ o pênis, sou bastante feminina, na aparência e em meu modo de ser”.

Outra brasileira, Brígida Barda – bastante conhecida por ser um dos mais emblemáticos personagens do travestismo brasileiro nas décadas de 1970 e 1980 –, foi mais uma vítima dos diferentes procedimentos cirúrgicos com fins estéticos realizados na Europa. Sua cirurgia de “troca de sexo” realizada em Casablanca, no início da década de 1970, havia transcorrido sem maiores problemas. Contudo, desejosa de se construir fisicamente à imagem de uma famosa atriz francesa, ela se submeteu, por inúmeras vezes, a procedimentos que, de acordo com os médicos, atenderiam a seu principal desejo. Desse modo, silicone e parafina líquida foram injetados repetidas vezes em seu corpo e em sua face ao longo de alguns anos. A cada vez que se evidenciavam os severos danos em seu organismo, mais ela era aconselhada pelos médicos a se deixar fazer outros procedimentos, os quais, diziam, corrigiriam os anteriores.

São inestimáveis as repercussões causadas à saúde física de Brígida pela injeção abusiva de silicone e de parafina líquida em seu corpo, bem como inúmeros os danos psíquicos que sofreu. Progressivamente, sua face passou a apresentar inúmeros pontos de paralisação, o que acabou por lhe retirar a expressividade natural e, até mesmo, a dificultar a abertura da boca para se alimentar e falar. Por todo o seu corpo, eram visíveis os inúmeros pontos de extravasamento de silicone. Por suas lamentáveis condições físicas, Brígida não mais conseguiu um contrato de trabalho nos cabarés de espetáculos. Diz o pesquisador Jaime Palhinha que “com o uso de silicone, a pessoa se transforma num monstro, porque quando ela quiser mudar, ou exercer outra profissão, não terá condições, estará toda deformada” (LAMPPIÃO..., 1981). Na segunda metade da década de 1970, em Paris, a referida brasileira obteve sentença judicial favorável ao reconhecimento dos severos danos que determinado profissional médico lhe causara¹⁶. Sua morte, no final da década de 1990, é o resultado não apenas das complicações dos diferentes procedimentos médico-cirúrgicos a que, em seu processo de construção da subjetividade, foi submetida nas décadas anteriores como, também, das inúmeras tentativas de enfrentamento dos danos

¹⁶Em entrevista ao jornal *Lampião da Esquina*, Eloína informa que “Vanusa Bardot” – o nome com que, anteriormente, Brígida Barda preferia ser chamada – processou “esse médico” e “na época ela ganhou três Bi, há três anos atrás” (LAMPPIÃO..., 1980).

causados pela parafina e pelo silicone líquido seguidas vezes injetados em seu corpo.

Daloá, a brasileira pioneira na Europa, passou igualmente a sofrer em seu organismo os seríssimos danos decorrentes do uso do silicone líquido injetável em seu corpo e em seu rosto. Em algumas regiões mais severamente comprometidas de seu corpo, podiam-se ver ulcerações para as quais os cuidados paliativos representavam muito pouco, tal era o seu sofrimento. Em 2006, aos 69 anos de idade, seu coração não mais resistiu aos potentes medicamentos de que precisava fazer uso para tentar enfrentar as alucinantes dores que sentia por todo o corpo.

Em 1994, o jornal britânico *The Independent* publicou uma matéria sobre a questão do uso do silicone no Brasil, a qual é capaz de contribuir significativamente para algumas reflexões aqui avançadas (CALKIN, 1994). No texto, Phedra de Córdoba, travesti cubana residente no País desde 1958, se diz “perplexa” quanto ao poder que muitas travestis e transexuais atribuem ao silicone. Perguntada sobre aquelas que afirmam precisar de silicone para fazer valer suas qualidades femininas, Phedra “parece desdenhar e nada responde” (CALKIN, 1994).

Nessa mesma matéria, a pioneira travesti Nádia Kendall revela que, antes que se banalizasse o uso do silicone, “os *shows* eram bastante diferentes”. Segundo Kendall, os artistas chegavam “vestidos de homem” para, no palco, “se transformarem em mulheres”, e, “vestidos de homem, iam embora para casa”. Diz Rogéria que a década de 1960 foi “a grande época do travestismo no Brasil no sentido principalmente artístico” (ROGÉRIA, 1976). E mais: para ela, “[na época] era chiquérrimo ser travesti porque não tinha essa conotação atual. Era um termo profissional. Hoje, é pejorativo” (ROGÉRIA, 1990). Segundo Kendall, foi a partir dos anos 1970, quando se disseminou o uso dos hormônios e do silicone líquido injetável, que aqueles artistas passaram a ficar “vestidos de mulher” o tempo todo (CALKIN, 1994).

Para Kendall, nos anos 90, com o aumento da prostituição de travestis pelas ruas das grandes cidades brasileiras, ninguém mais quis assistir aos shows. Nesse sentido, Phedra de Córdoba parece concordar com Kendall quando sugere que o “abuso” no uso de silicone líquido injetável tem, na prostituição de travestis, a sua principal justificativa.

Embora também se diga mais uma vítima do referido produto, Kendall – que, à época da matéria, não mais “se montava” – dizia, quando tentava resumir sua vida: “não me arrependo de meu tempo como travesti; foi nessa época que eu me encontrei. Foi bom para mim” (CALKIN, 1994).

Observações finais

De modo a contribuir para a melhor compreensão dos constrangimentos a que estiveram expostas as travestis e as transexuais brasileiras durante as décadas de 1960 e 1970 – os quais parecem ter contribuído significativamente para forjar suas identidades e orientar seus processos de tomada de decisão rumo às transformações corporais pretendidas –, foi apresentado um panorama mínimo do ambiente sanitário e político-social em que viveram essas pessoas.

É fundamental que o leitor jamais perca de vista que violência, preconceito e discriminação formam o pano de fundo da existência de travestis e de transexuais. Muitas das escolhas, “certas” ou “erradas”, feitas pelas pessoas aqui retratadas, parecem originar-se na quase indomável necessidade de enfrentar a indisfarçável intolerância social e familiar de que foram o alvo preferencial. Impotentes diante das diferentes formas de violência a que estão sujeitas, travestis e transexuais apenas “insistem” em sobreviver.

O envelhecimento – que, agora, atinge todas as travestis e transexuais que ousaram enfrentar um regime fundamentado em diferentes formas de crueldade – é confrontado pela maturidade que, em diferentes graus, lhes permite repensarem e, quiçá, ressignificarem suas existências. Como dizem muitas delas, na medida em que não lhes foi consentido imaginar que sobreviveriam e resistiriam tanto tempo, envelhecer é uma experiência que jamais pensaram conhecer.

Embora formem parte do núcleo duro de um importantíssimo movimento que – em meio à opressão política e social da época retratada – lutava pela autonomia de seus corpos e por uma maior liberdade sexual, as travestis e as transexuais aqui relatadas representam uma ínfima parcela de toda a enorme população de dissidentes de gênero revelados nessa mesma geração. O resgate e o registro de parte de sua

trajetória significa o reconhecimento de sua inegável relevância para os avanços políticos e sociais em curso no Brasil e em todo o mundo.

A breve descrição do processo de construção do corpo de travestis, nas décadas de 1960 e de 1970, tal como apresentado neste trabalho, pode contribuir para uma reflexão quanto aos determinantes sociais a que estiveram submetidas essas pioneiras, as quais, involuntariamente, continuam a estimular as gerações seguintes a prosseguir com a utilização das mesmas modificações corporais, não obstante o amplo conhecimento dos potenciais danos a seus organismos. A eficácia das políticas de Saúde voltadas para essas populações não pode desconsiderar esse processo histórico, se o que se busca, de fato, é o seu inequívoco bem-estar e o afastamento da maleficência inerente a determinados procedimentos.

Referências

BAMBI [site]. **Mon hommage à Coccinelle**. Disponível em: <www.bambi-officiel.com>. Acesso em: 30 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.htm>. Acesso em: 26 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.htm>. Acesso em: 26 nov. 2014.

CALKIN, Jessamy. The Silicone sisterhood. **The Independent**, sunday, 5 June 1994. Disponível em: <<http://www.independent.co.uk/arts-entertainment/the-silicone-sisterhood-among-brazils-poor-there-are-three-sexes-men-women-and-travestis-biological-males-who-have-changed-themselves-by-art-and-science-into-something-very-close-to-females-many-use-liquid-silicone-injections-in-order-to-enhance-the-transformation-but-the-cost-for-some-can-be-terrible-1420493.html?printService=print>>. Acesso em: 21 jul. 2013.

CELESTE, Cláudia. [Revista eletrônica]. Diva que incomoda. **Geni: dá pra qualquer um/a**. Entrevista concedida a Geni. Disponível em: <<http://revistageni.org/06/diva-que-incomoda-claudia-celeste/>>. Acesso em: 22 set. 2013.

_____. Entrevista concedida a Anibal Guimarães. Rio de Janeiro, 20 dez. 2012.

CONILL. Sobre el Caso Lorena Capelli: Yo Operé a una Mujer. **El Noticiero Universal**, Lunes, 15 nov. 1976, p. 12. Entrevista do Dr. Conill concedida a Francisco Mora.

DICIONÁRIO CRAVO ALVIM DA MÚSICA POPULAR BRASILEIRA. **Biografia de Mário Lago**. Disponível em: <<http://www.dicionariompb.com.br/mario-lago>>. Acesso em: 22 jul. 2013a.

- _____. **Rancho Carnavalesco**. Disponível em: <<http://www.dicionariompb.com.br/rancho-carnavalesco/dados-artisticos>>. Acesso em: 22 jul. 2013b.
- DUFFY, D. M. Silicone: a critical review. **Advances in Dermatology**, [S.l.], n. 5, p. 93-107, 1990, discussion 108-9. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2204381>>. Acesso em: 22 jul. 2013.
- EU QUERO essa mulher assim mesmo!. **Manchete**, [S.l.], 30 mar. 1963.
- FERRAND, Michèle. A questão dos direitos reprodutivos na França. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, ano 2, n. especial, p. 79-85, 1994.
- FILMES BRASILEIROS. Disponível em: <<http://www.filmesbrasileiros.net/todas-as-mulheres-do-mundo/>>. Acesso em: 5 ago. 2013.
- GLICENSTEIN, J. Les premiers “fillers”, vaseline et paraffine. Du miracle à la catástrofe. In: _____. **Annales de chirurgie plastique esthétique**, [S.l.], v. 52, n. 2, avril 2007, p. 157-161.
- GOMES, André. **Walter Pinto**: o dono do sassarico. Disponível em: <<http://www.funarte.gov.br/brasilmemoriadasartes/acervo/walter-pinto/o-dono-do-sassarico/>>. Acesso em: 30 jul. 2013.
- GREEN, James N. **Além do carnaval**: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX. São Paulo: Editora UNESP, 2000.
- GUIMARÃES, Anibal. **A bioética da proteção e a população transexual feminina**. Dissertação (mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2009.
- _____. Ambulatório de saúde integral de travestis e transexuais do Estado de São Paulo: relatório de Duas Visitas (2010-2012). **Revista Bagoas**, UFRN, Rio Grande do Norte, v. 7, n. 10, p. 259-300, 2013.
- KIKA. Entrevista concedida a Anibal Guimarães. Rio de Janeiro, 26 maio 2014.
- LA VANGUARDIA ESPAÑOLA. La ‘vedette’ Lorena ha muerto. **Viernes**, [S.l.], p. 52, 29 out. 1976.
- LAMPIÃO DA ESQUINA. Eloína dá o serviço: operação, implantes, silicone, etc. n. 21, fev. 1980. Entrevista concedida a José Fernando Bastos.

- _____. Jaime Eduardo e Bárbara Hudson: a nova versão de ‘A Médica e a Monstra’. n. 37, jun. 1981. Entrevista concedida a Antonio Carlos Moreira e outros.
- ROGÉRIA e Valéria, a doce guerra das plumas. **Manchete**, Rio de Janeiro, n. 1182, p. 64-68, 14 dez. 1974. Entrevista concedida a Nello Pedra Gandara.
- ROGÉRIA, a polivalente. **Manchete**, Rio de Janeiro, n. 1323, 27 ago. 1977. Entrevista concedida a Ronaldo Bôscoli.
- RAPAPORT, M. J.; VINNIK, C.; ZAREM, H. Injectable silicone: cause of facial nodules, cellulitis, ulceration, and migration. **Aesthetic Plastic Surgery**, n. 3, v. 20, p. 267-276, 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8670396>>. Acesso em: 21 set. 2010.
- ROGÉRIA. Entre com (Daniel Más) na intimidade de Astolfo Pinto, aliás a loura Rogéria. **Status**, [S.l.], nov. 1976. Entrevista concedida a Daniel Más.
- ROGÉRIA. Operar, nem morta! **Revista Ele & Ela**, Rio de Janeiro, ed. 250, abr. 1990. Entrevista concedida a Henrique Diniz e outros.
- ROGÉRIA. **O Pasquim**, Rio de Janeiro, ano 5, n. 223, 1973. Entrevista concedida a Millôr Fernandes, Ziraldo e Jaguar.
- SERRA, Ivan. Ivaná, a grande dúvida. **Manchete**, Rio de Janeiro, 26 set. 1953.
- STRÖMHOLM, Christer. **Les Amies de Place Blanche**. Paris: Éditions Aman Iman, 2011.
- VENEZIANO, Neyde. **De pernas pro ar**: o teatro de revista em São Paulo. São Paulo: Imprensa Oficial, 2006. (Coleção Aplauso, Edição especial).

Direitos humanos e a saúde: a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde integral da população trans

Grazielle Tagliamento

Antes de iniciarmos a discussão deste texto, algumas questões para refletirmos: quantas pessoas trans¹ você encontrou hoje no metrô, no ônibus ou na rua? Com quantas você estudou? Por quantas você já foi atendida(o) no supermercado? Quantas já viu na fila de espera de uma Unidade de Saúde? Provavelmente, poucas ou nenhuma.

No entanto, quantas travestis e/ou transexuais você já viu na rua, à noite, fazendo ponto? Quantas reportagens você já viu sobre travestis e/ou transexuais que se prostituem ou que foram assassinadas? Provavelmente, várias.

E isso acontece por quê? A resposta não é simples; porém, a mais proeminente é que a maioria das pessoas trans é considerada figura “monstruosa” e abjeta, não ocupando uma posição dentro da zona de inteligibilidade social, a não ser quando serve aos prazeres e às fantasias eróticas de alguns sujeitos, que é quando passa a ser “bendita Geni”, fazendo uma analogia à música *Geni e o Zepelim* de Chico Buarque. Caso contrário, as pessoas trans são marginalizadas socialmente, cabendo-lhes a rua, a pista – espaços onde podem transitar, onde são “benditas”. No entanto, esse espaço de “benditas” é ocupado, na maioria dos casos, apenas pelas mulheres trans. E a pergunta que fica é: em que espaços os homens trans são “benditos”? Na total invisibilidade. Na total marginalização.

A marginalização vivenciada pelas pessoas trans se dá justamente porque elas não se enquadram no sistema de normas de gênero e de sexualidade vigente em nossa sociedade. Elas escapam da

¹ Neste texto, optou-se por utilizar o termo “pessoas trans”, por ser o utilizado pela população que vivencia a travestilidade e a transexualidade (portanto, uma categoria “nativa”). Esse termo refere-se tanto às travestis quanto às (aos) transexuais, porém não possui o sentido de “transgênero”, quando este se refere ao trânsito entre um gênero e outro, pois, para muitas pessoas trans, conforme descrito por Tagliamento (2013), elas não transitam entre os gêneros, elas pertencem somente ao gênero feminino ou ao masculino. Nesse sentido, Arán e Murta (2009, p. 34) corroboram quando afirmam que, “ainda que no meio médico exista uma clara distinção entre transexuais e travestis, várias pessoas transitam entre estas identidades”, fazendo com que as categorias de travesti e de transexual não deem conta, na perspectiva adotada neste texto, da diversidade da vivência cotidiana dessas pessoas.

classificação de gênero tradicional, em que o gênero deve corresponder necessariamente ao seu corpo anatomofisiológico. Então, ao viverem como mulheres em um corpo biológico de homem, como no caso das mulheres trans, há a coexistência de características tanto femininas quanto masculinas, homem e mulher coexistem; o que para nós, que somos acostumados a colocar as pessoas dentro de “caixinhas” – ou é homem ou é mulher, ou é homossexual ou é heterossexual, ou é normal ou é patológico –, é estranho. Afinal, masculinidade deve se sobrepor ao homem e feminilidade, à mulher.

Nesse sentido, as pessoas trans denunciam e refutam as estratégias reguladoras das categorias sexuais que são embasadas em binarismos. Elas materializam em seus corpos a possibilidade de resistência à norma, proporcionando a desnaturalização da “heteronormatividade idealizada e compulsória” (BUTLER, 2002).

Elas encontram-se, portanto, à margem das identificações possíveis, a partir das normas que regulam e ditam o que é normal e o que não o é, quais identificações são possíveis e quais não são. Ou seja, os corpos das pessoas trans são abjetos, numa noção butleriana, visto que são corpos que não possuem vida, não possuem existência, não há a possibilidade de existirem, mas existem. E isso incomoda as pessoas, pois somos produzidos a partir de um discurso heteronormativo.

As pessoas trans, ao se encontrarem na qualidade de seres abjetos por não parecerem apropriadamente “generificadas”, têm a sua própria humanidade questionada (BUTLER, 2002). São, portanto, discriminadas e estigmatizadas socialmente por não se enquadrarem nos atributos e, conseqüentemente, nas categorias que a sociedade reconhece como “normais”. Por pertencerem a categorias tidas como diferentes e incomuns, a sociedade procura afastar-se delas e, ainda, tratá-las como perigosas e más. Elas deixam de ser vistas na sua totalidade, ou seja, como pessoas com potencialidades, com capacidade de ação (GOFFMAN, 1993).

Esse processo de estigmatização produz atos de violência contra as pessoas trans, levando-as, muitas vezes, à morte. Além disso, produz a exclusão destas do mercado de trabalho, das escolas e dos serviços de Saúde, fazendo com que tenham seus direitos básicos, enquanto

cidadãs, negados. Por isso, não as vemos tanto, ou as vemos quase nada, nos ambientes que, cotidianamente, frequentamos.

Políticas públicas de saúde voltadas às pessoas trans

Políticas públicas voltadas à população trans vêm sendo desenvolvidas, no Brasil, com o intuito de possibilitar o acesso desta aos direitos que comumente lhe são negados. Aqui iremos abordar as políticas da área da Saúde.

As discussões, no Brasil, sobre discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero, assim como a elaboração e a implementação de políticas públicas, foram fortemente influenciadas por conferências e tratados internacionais, que tiveram uma forte participação de movimentos sociais e de representantes do governo.

No plano dos documentos internacionais que interpelam a adesão de todos os países vinculados às Nações Unidas, o tema da discriminação com base na orientação sexual foi abordado, pela primeira vez, durante a Conferência Mundial de Pequim (1995), pela delegação da Suécia; porém, devido à objeção das delegações islâmicas, essa proposta não foi aprovada. O debate sobre a discriminação foi retomado na preparação para a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e as Formas Conexas de Intolerância realizada em Durban, África do Sul (2001). Para esse evento, o Brasil preparou a sua participação com o apoio da sociedade civil organizada e, com base nessa articulação, o governo brasileiro levou o tema para a Conferência Regional das Américas (preparatória para a Conferência de Durban), que aconteceu em Santiago, no Chile, em 2000.

No documento final da Conferência de Santiago, *Declaração de Santiago*, é previsto o comprometimento de todos os países do continente com a prevenção e o combate à discriminação racial, mencionando a orientação sexual entre as bases dos agravos dessa discriminação (CRA, 2000).

Já na Conferência Mundial de Durban, a delegação brasileira abordou o tema da discriminação por orientação sexual em plenária, apresentando um diagnóstico da situação no País e uma lista de

propostas. No entanto, a proposta brasileira de inclusão da orientação sexual como uma das formas de agravo do racismo não foi incorporada ao texto final da *Declaração de Plano e Ação da Conferência de Durban*, apesar de ter recebido apoio de diversas delegações (BRASIL, 2004a).

No Brasil, em 2002, foi lançada a segunda versão do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), que, na sua primeira versão, não contemplava o tema da discriminação por orientação sexual. Nesse documento, há 15 ações que o governo brasileiro deve adotar para combater a discriminação por orientação sexual e sensibilizar a sociedade para a garantia do direito à liberdade e à igualdade de *gays*, *lésbicas*, *travestis*, *transexuais* e *bissexuais*, visando à garantia efetiva dos direitos dessa população.

Nessa perspectiva, foram criados, em 2001, o Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD) e, em 2003, uma Comissão Temática permanente para receber denúncias de violações de direitos humanos, com base na orientação sexual.

Em 2004, então, foi lançado o *Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania de Homossexuais, Brasil sem Homofobia*, que, segundo o documento,

sinaliza, de modo claro, à sociedade brasileira que, enquanto existirem cidadãos cujos direitos fundamentais não sejam respeitados por razões relativas à discriminação por: orientação sexual, raça, etnia, idade, credo religioso ou opinião política, não se poderá afirmar que a sociedade brasileira seja justa, igualitária, democrática e tolerante (BRASIL, 2004a, p. 13-14).

Sob a coordenação de uma Comissão Internacional de Juristas e do Serviço Internacional de Direitos Humanos, em uma conferência realizada em Yogyakarta, Indonésia, em novembro de 2006, foram formulados os *Princípios de Yogyakarta*, os quais passam a abordar também a questão da discriminação por identidade de gênero,

diferentemente dos outros documentos que se restringiam à discriminação por orientação sexual. Nessa perspectiva, esses princípios “tratam de um amplo espectro de normas de direitos humanos e de sua aplicação a questões de orientação sexual e identidade de gênero.” (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2006, p. 8).

Nessa mesma direção, foi lançada, no Brasil, a *Carta dos Direitos dos Usuários do SUS* (2006). Em seu terceiro princípio, que aborda a questão do atendimento acolhedor e livre de discriminação, busca garantir que a(o) usuária(o) tenha um campo para registrar o nome pelo qual prefere ser chamada(o), independentemente do registro civil. Com isso, as pessoas trans, que possuem um nome que remete ao seu sexo (homem ou mulher) no registro civil, devem ser tratadas pelo seu nome social, que condiz com a sua identidade de gênero, evitando, assim, constrangimentos e proporcionando que estas sintam-se mais acolhidas nos serviços. No entanto, esse princípio tem encontrado dificuldades de ser efetivado nos diversos serviços de saúde no Brasil, o que levou o Ministério da Saúde a publicar a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que assegura o uso do nome social no Sistema Único de Saúde (SUS), e motivou estados e municípios a lançarem suas próprias resoluções e portarias, como a Resolução nº 188/2010, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, para regular as práticas de suas(seus) profissionais.

Visando a aumentar a equidade no atendimento no SUS, o Ministério da Saúde publicou a *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT*, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2009, e que “contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular” (BRASIL, 2010, p. 5).

Essa política tem por ponto de partida para a determinação de suas ações o fato de que

a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social

da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2010, p. 14-15).

É importante destacar que a referida política vai ao encontro do que é preconizado pelo *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT*, de 2009, e pelo *Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DSTs entre Gays, HSH e Travestis*, de 2008.

No entanto, vale lembrar que, anos antes das conquistas referentes aos direitos sexuais, foi tornado constitucional, no Brasil, que saúde é um “direito de todos e dever do Estado”. Nessa sentença, está explícito um dos mais citados princípios organizativos do SUS: a universalidade da assistência. Assim, todo cidadão brasileiro, independentemente de sua orientação sexual, raça/etnia, idade e condições econômicas, tem direito à saúde. Além disso, outro princípio organizativo, o da igualdade no atendimento, defende a importância de tratar todo usuário sem distinções e preconceitos.

A mudança de ótica na legislação e nas políticas, que caminhou de uma noção generalista e abstrata dos cidadãos para uma visão mais inclusiva, que especifica **todos** os segmentos mais discriminados, não aconteceu sem muita luta dos movimentos sociais, ocorrendo, principalmente, a partir de 2006. Tal fato deve-se, entre outros aspectos, à conquista, em 2006, pelo segmento LGBT, de representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), permitindo e promovendo o debate de forma estratégica e permanente sobre a orientação sexual e a identidade de gênero e suas repercussões na Saúde.

Claro, desde 2003, com a 12ª Conferência Nacional de Saúde, o tema dos direitos LGBT já vinha sendo abordado pelo SUS (BRASIL, 2004b), mas foi em 2007, na 13ª Conferência Nacional de Saúde, que a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas na análise do impacto do social na saúde (BRASIL, 2008b).

O quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos

O acesso, ou a falta dele, aos serviços de saúde e à saúde integral das pessoas trans está relacionado a fatores que podem ser localizados nas dimensões individual (tomada como intersubjetiva), social (contexto sociocultural) e programática (AYRES et al., 2005; 2006; AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2010), que aumentam ou diminuem a vulnerabilidade ao adoecimento dessas pessoas.

As normas regulatórias de gênero atravessam as três dimensões da vulnerabilidade ao adoecimento, pois estabelecem relações de poder na vida cotidiana e no acesso a qualquer serviço, produzem a estigmatização e, conseqüentemente, um maior ou menor acesso aos serviços de saúde, enfim, aos direitos humanos e, em especial, ao direito à saúde.

Nesse sentido, observa-se que a existência de políticas públicas e de legislações não é garantia de efetivação dos direitos humanos e sexuais das pessoas trans. Em seu cotidiano, elas esbarram na falta de preparo das(os) profissionais de Saúde, na estrutura arquitetônica pouco sensível à necessidade de mitigar a estigmatização, no fluxo de atendimento dos serviços e na falta de aceitabilidade dos serviços a suas vivências, suas experiências e seus modos de vida. Isso porque, ao se partir do pressuposto de que a legislação, as políticas públicas, as ações em Saúde, os serviços de Saúde etc são formulados e efetivados/encarnados por pessoas, as normas regulatórias de gênero também são determinantes para o aumento, a reprodução ou a diminuição da vulnerabilidade no campo programático.

Portanto, ter profissionais qualificados para atender às demandas das pessoas trans é de grande importância para o acesso destas à saúde integral. Braveman e Gruskin (2003) afirmam que o acesso e a qualidade devem ser considerados em conjunto, pois a baixa qualidade é um problema que gera uma barreira ao uso dos serviços de saúde disponíveis. Entre os fatores que contribuem para a baixa qualidade no atendimento, as autoras apontam que, na perspectiva dos direitos humanos e da equidade, deve-se chamar a atenção para os elementos que, tradicionalmente, estão fora do âmbito do setor da Saúde e da formação das(os) profissionais – por exemplo, as desigualdades de poder associadas ao machismo, à heteronormatividade,

ao racismo e a outras formas de discriminação –, bem como para a má qualidade da infraestrutura disponível e para a falta de profissionais devidamente capacitadas(os).

No cotidiano das pessoas trans, observa-se que o despreparo das(os) profissionais começa desde a sua chegada ao serviço de saúde, quando é necessário que elas peçam que seja colocado o seu nome social – sendo que, pela legislação e pelas políticas públicas vigentes, não precisariam nem solicitar – e quando há a recusa da(o) profissional em atender à sua solicitação. Essas situações, muitas vezes, estão ligadas à falta de conhecimento das(os) profissionais sobre os documentos que tratam do assunto, como apontado na pesquisa de Tagliamento (2013).

Há a necessidade, por um lado, de uma maior capacitação das(os) profissionais sobre as resoluções e as políticas que abordam o assunto, pois não basta criar um documento, enviá-lo para os serviços de saúde e não haver a garantia de que as(os) profissionais da ponta tenham conhecimento deles; por outro, constata-se que a garantia do nome social não basta para a efetivação de um direito, uma vez que esbarra na estigmatização e na discriminação relacionadas à identidade de gênero. Isso porque há casos de profissionais que se recusam a chamar pelo nome social, já que no RG consta um nome diferente, pertencente a outro sexo. Não há a possibilidade de desvincular o sexo do gênero; isto é, se consta em um documento oficial o sexo masculino e um nome masculino, não há a possibilidade de desvincular aquele nome da pessoa, afinal, como um homem poderia ter um nome feminino, por exemplo?

Porém, apenas a garantia da utilização do nome social não basta para uma maior qualidade prestada nos serviços. É preciso, também, que as(os) profissionais estejam mais bem preparadas(os) para atender de maneira não estigmatizante e discriminatória, ou seja, não restringindo as questões relacionadas à saúde da pessoa trans somente a questões psicológicas, “como ocorreu com Luciana, que procurou o serviço de saúde por uma indigestão alimentar e o médico disse a ela que o seu problema era relacionado ao fato de viver uma vida que não era dela, de viver enquanto mulher em um corpo de homem, e que deveria procurar um atendimento psicológico” (TAGLIAMENTO, 2013, p. 143); e a questões relacionadas ao HIV/aids, como se toda pessoa trans estivesse necessariamente com alguma doença sexualmente transmissível.

De acordo com o Institute of Medicine (2011), a falta de formação dos(as) profissionais de Saúde para atender às necessidades da população LGBT proporciona a formação de uma barreira estrutural (porque esta é construída social e culturalmente, e realiza-se programaticamente), que faz com que não seja fornecido um atendimento de alta qualidade, diminuindo o acesso dessa população aos serviços de saúde e/ou a sua adesão a algum tipo de tratamento.

De acordo com Tagliamento (2013, p. 147), essas barreiras programáticas fazem com que os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), que regulam as práticas em saúde no Brasil, não sejam efetivados em sua totalidade na vida cotidiana das pessoas trans, “dificultando o seu acesso à saúde integral, reforçando a vulnerabilidade social e aumentando a vulnerabilidade programática ao adoecimento”.

Percebe-se que os direitos humanos das pessoas trans acabam não sendo efetivados ou protegidos porque seus direitos sexuais não o são. Nesse sentido, a ideia de direitos sexuais carrega a importância de se considerar a diversidade sexual e a igualdade de gênero como chaves para alcançar a verdadeira cidadania (GARCIA; PARKER, 2006). Para se alcançar os direitos humanos, tem-se que alcançar os direitos sexuais primeiramente, pois, conforme apontam os autores, quando uma pessoa trans não tem acesso à educação, à saúde integral, ao trabalho, por conta da estigmatização e da discriminação à sua identidade de gênero, tem-se concretamente a negação de seus direitos econômicos, políticos e civis, por terem sido infringidos os seus direitos sexuais. Esse argumento, portanto, “destaca a necessidade de classificar os direitos sexuais como fundamentais e inalienáveis” (GARCIA; PARKER, 2006, p. 23, tradução nossa).

Práticas de cuidado: possibilidades para a garantia do direito à saúde

Diante do exposto até aqui, podemos observar que um grande passo foi dado, políticas públicas estão aí, mas o urgente, agora, é trabalhar o preconceito, a discriminação, é quebrar as nossas “caixinhas”, para que não haja mais a transfobia e, conseqüentemente, o acesso à saúde integral seja uma realidade para essa população.

Um caminho para a efetivação dessas políticas seria desenvolver comunicação eficiente com a(o) paciente, a qual “envolve elementos complexos como: compreender a sua situação sociocultural, respeito pelas suas crenças e comportamentos, sem falar na aceitação de sua orientação sexual, raça e estilo de vida.” (SADALA; MARQUES, 2006, p. 237). Nesse contexto, destaca-se a importância de a(o) profissional entender/acolher a diversidade das pessoas, pois a dificuldade em lidar com a diferença abre espaço para comportamentos discriminatórios e para a estigmatização.

É importante que se conheçam as diferentes condições e necessidades de saúde das pessoas trans, valorizando suas variadas identidades, suas expressões e seus projetos políticos e culturais, sendo esta uma forma de reconhecê-las socialmente e romper com o referencial da doença, que tem prevalecido, até a atualidade, em grande parte do pensamento sobre travestilidade, transexualidade e saúde. É preciso, tal como proposto por Boaventura Sousa Santos (1997) e trazendo a sua noção de globalizações para o campo da diversidade sexual e de gênero, que seja levado em conta que existem diversas e diferentes tradições culturais, sexualidades, identidades de gênero, e não tomar uma, a hegemônica, como a universal, válida, normal, “correta”. Isso, certamente, permitirá uma atenção menos massificada, estigmatizada e mais respeitosa com as diferenças.

Essa situação remete, em uma perspectiva espinoziana, à capacidade que um corpo tem de afetar e ser afetado, de aumentar ou diminuir sua potência de agir. Exatamente pela arte do encontro é que “a potência dos indivíduos se vê confrontada à potência do coletivo (entendido como conjunto de singularidades)” (TEIXEIRA, 2005, p. 591). Então, o aumento ou a diminuição da potência de cada um depende, fundamentalmente, da qualidade dos encontros que tiver.

A capacidade de ação ganha forças por meio do apoio mútuo que permeia as relações entre profissionais e usuárias(os), afetando seus integrantes e potencializando as suas ações. A potencialização possibilita a transformação dos sujeitos de modo a estilizar a sua existência na presença do outro. A amizade, para Foucault (2005), seria justamente a base relacional dessa constante recriação de si, pois

a amizade supera a tensão existente entre o indivíduo e a sociedade mediante a criação de um espaço intersticial (uma subjetivação coletiva), passível de considerar tanto necessidades individuais quanto objetivos coletivos e de sublinhar sua interação (ORTEGA, 2000, p. 91).

Ademais, a amizade possui um caráter agonístico; por não possibilitar uma unanimidade consensual nem a violência direta, ela está direcionada para o desafio e para a afetação recíproca, e não para a submissão ao outro.

O acolhimento em saúde, como é proposto por Teixeira (2005), que é um “acolhimento dialogado”, vai ao encontro dessa perspectiva da amizade trazida por Foucault (2005) por tratar-se de uma técnica

[...] de conversa de apoio ao processo de conhecimento das necessidades, fundada (1) no reconhecimento do outro como um legítimo outro; (2) no reconhecimento de cada um como insuficiente; (3) no reconhecimento de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes. Ou ainda: todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades (TEIXEIRA, 2005, p. 593).

Mas, para que isso seja possível, é necessário que as relações sejam pautadas também pelo afeto da confiança, pois “quando um campo de confiança se constituiu entre os sujeitos, já podemos nos mostrar para o outro com todos os traços de singularização que marcam nosso corpo e nossa alma, sem medo de sermos rotulados como loucos, fracos ou perdedores” (TEIXEIRA, 2005, p. 596).

Então, no momento em que as(os) profissionais de Saúde e usuárias(os) dispõem-se de seus vínculos institucionalizados – os quais determinam as posições e os atributos que cada sujeito deve exercer, gerando relações assimétricas e subordinações – e estabelecerem relações mais livres, de respeito às singularidades de cada sujeito e de seu modo de se relacionar com o mundo, torna-se possível a emergência e a existência de modos diversos de se relacionar com o mundo, respeitando as necessidades individuais e coletivas que portam. A amizade entre os indivíduos e o afeto de amor engendrado em tal relação impulsiona-os a recriar suas vidas, apesar das dificuldades encontradas ao longo de suas existências (TAGLIAMENTO, 2007). Pois o amor, assim como descrito por Nietzsche (1986, 2005) e Spinoza (1979), sempre se consuma além do bem e do mal, por não possuir um caráter moral e, sim, ético. O que importa são os bons ou os maus encontros, os aumentos ou as diminuições de potência, mais do que os códigos morais. Com isso, haverá a garantia dos direitos sexuais, havendo, conseqüentemente, a emancipação das pessoas trans da sua opressão como sujeitos do direito à saúde.

Referências

- ARÁN, M.; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis**, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 117-140.
- _____. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 375-417.
- AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA JR., I. **Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos**. São Paulo: NEPAIDS, 2010. mimeo. (Apostila do Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/ Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos).
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, 2006. (Série E. Legislação de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT**. Brasília, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2009a.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Relatório Final**. Brasília, 2004b.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **13ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília, 2008b.
- _____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano**

nacional de enfrentamento da epidemia de Aids e das DSTs entre gays, HSH e travestis. Brasília, 2008a.

_____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. **II Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) – 2002.** Brasília: SEDH, 2002. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direitos-Humanos-no-Brasil/ii-programa-nacional-de-direitos-humanos-pndh-2002.html>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT.** Brasília: SEDH, 2009b.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia:** programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e promoção da cidadania homossexual. Brasil: SEDH, 2004a.

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Poverty, equity, human rights and health. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], v. 81, n. 7, p. 539-545, July 2003.

BUTLER, J. **Cuerpos que Importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”.** Barcelona: Paidós, 2002.

CONFERÊNCIA REGIONAL DAS AMÉRICAS. **Declaração de Santiago.** Santiago: CRA, 2000.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade III:** o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

GARCIA, J.; PARKER, R. From global discourse to local action: the makings of a sexual rights movement? **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 13-41, jul./dez. 2006.

GOFFMAN, E. **Estigma:** la identidad deteriorada. 5. ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people:** building a foundation for better understanding. Washington, US: National Academies Press, 2011.

NIETZSCHE, F. W. **Assim falava Zarathustra.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.

NIETZSCHE, F. W. **Além do bem e do mal.** São Paulo: Rideel, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração de Beijing.** Beijing: ONU, 1995.

ORTEGA, F. **Para uma política da amizade.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.

PARANÁ (Estado). Resolução nº 188, de 8 de março de 2010. Dispõe sobre a inclusão e uso do nome social de pessoas travestis e transexuais nos registros relativos a serviços públicos prestados no âmbito da Administração direta e indireta. **Diário Oficial do Estado,** Curitiba, 2010.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios de Yogyakarta.** Rio de Janeiro: CLAM, 2006. Disponível em: <http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2010.

SADALA, M. L. A.; MARQUES, S. A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], v. 22, n. 11, p. 2369-2378, 2006.

SANTOS, B. S. Por uma concepção multicultural dos direitos humanos. **Revista Crítica das Ciências Sociais**, Coimbra, n. 48, 1997.

SPINOZA, B. **Pensamentos metafísicos.** Tratado da correção do intelecto. Ética. Tratado político. Correspondência. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

TAGLIAMENTO, G. **Com a palavra o prover:** uma análise das masculinidades produzidas em contextos familiares nos quais a mãe é a provedora. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

_____. **A arte dos (des)encontros:** mulheres trans e a saúde integral. Rio de Janeiro: Multifoco, 2013.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, jul./set. 2005.

Parte III

Serviço de Saúde
Relatos de experiências
da implantação de um
atendimento integral
a travestis e transexuais

Transexualidade e Travestilidade na Saúde

Adriana Melo Teixeira
Francisco José da Silva Nóbrega Morais
Marileide Pereira Martins Teixeira

Transexualidade: é a condição considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um tipo de transtorno de identidade de gênero, mas pode ser considerado apenas um extremo do espectro de transtorno de identidade de gênero.

Travestilidade: referente às pessoas travestis, é uma expressão de gênero que difere da que foi designada à pessoa no nascimento, assumindo, portanto, um papel de gênero diferente daquele imposto pela sociedade, que objetiva transicionar para uma expressão diferente.

Saúde: é a condição geral do corpo e da mente em relação às doenças e ao vigor físico e mental; estado do que não tem doenças ou ferimentos; cujo metabolismo funciona perfeitamente; vigor e vitalidade.

O nosso objetivo é problematizar algumas questões acerca da patologização da transexualidade a fim de provocar a reflexão sobre a possibilidade da sua despatologização na Paraíba e no Brasil, mantendo em perspectiva a necessidade de atenção integral à saúde dos transexuais. Neste panorama, se para a Medicina e as ciências psi (Psiquiatria, Psicologia e Psicanálise) a transexualidade constitui uma desordem mental, para alguns autores que discutem as experiências trans, em especial nas ciências sociais e humanas e na saúde coletiva, estas são vivências que colocam em questão as normas de gênero que regem nossos conceitos de sexo, gênero e, no limite, de humano.

Todavia, a respeito das críticas acadêmicas e do movimento mundial em prol da despatologização das identidades trans, no contexto brasileiro ainda vigora uma interpretação patologizada destas vivências

que não apenas sustenta sua definição como um transtorno psiquiátrico como orienta as políticas públicas destinadas a este segmento.

A sistematização das informações acerca dos usuários e de tais demandas nos possibilita estabelecer estratégias de enfrentamento, articular ações de saúde com os recursos da rede socioassistencial e, assim, viabilizar a integralidade e a intersetorialidade como preconiza os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que são: Universalidade, Equidade e Integralidade.

Nesse sentido, estamos somando esforços para organizar e sistematizar sua intervenção no contexto desta linha de atenção, sobretudo com expectativa de agregar à equipe outras áreas de intervenção, visando à qualificação de recursos humanos para o SUS bem como pela possibilidade de adensar as reflexões sobre o tema e ofertar uma assistência de melhor e maior qualidade a esta população.

Dá a necessidade e a importância de conhecimento da realidade de vida das pessoas envolvidas em nossa ação, uma vez que esta será fundamental para referenciar nossa atuação e exigirá de nós o conhecimento e a mobilização de recursos públicos, sejam eles assistenciais, sociais, previdenciários, culturais etc., no sentido de garantir o máximo possível as condições de acesso dessas pessoas ao usufruto dos direitos que lhes são assegurados.

Nesse sentido, é importante que haja o fortalecimento das instituições e dos canais que lidam com esta temática buscando o mapeamento das ações e sua articulação em rede de assistência, de proteção, de promoção e de defesa dos direitos, tendo por atribuição prevenir violações, reparar, promover e defender os direitos humanos, além da busca pela construção de ações específicas voltadas para a assistência à saúde de pessoas que fazem parte da população lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) no Estado da Paraíba.

Uma parte bastante diversificada de demandas trazidas pelos usuários é traduzida a partir das queixas quanto aos conflitos familiares causados pela rejeição; a rede de apoio restrita; a fragilidade em termo de cobertura previdenciária; a dificuldade na garantia do trabalho e o acesso aos medicamentos; tratamento fora do domicílio (TFD); estigmas

e preconceito social que envolvem questões importantes e delicadas com relação ao nome social e ao nome de registro; o espaço de inserção escolar; a moradia e demais espaços sociais que apontam para nós, profissionais, o imperativo ético de um trabalho comprometido com a supressão de tais questões, bem como o posicionamento contra a violação dos direitos humanos e o direito aos atendimentos de saúde ofertados a esta população.

A vida está tecida em conjunto”, o que significa, na prática, que as necessidades sociais e as expectativas das pessoas devem ser compreendidas e respondidas em sua totalidade, de forma integrada e articulada. Neste sentido, as práticas de promoção da saúde, por exemplo, precisam ser compreendidas como uma ação conjunta que envolve vários setores sociais e econômicos além do setor saúde. Como ressaltou, a saúde é considerada resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. (PAIM, 1996 apud SANTOS, 2013)

Dessa forma, a resposta às infinitas e variadas necessidades sociais precisam ser respondidas pelo Estado e pela sociedade de maneira articulada e em sua totalidade. As ações intersetoriais supõem uma nova forma de gerenciamento para a superação da fragmentação das políticas, além de mudanças nas estruturas do poder político, bem como pressupõem uma gestão coletiva e participativa (INOJOSA, 2001).

Travestilidade tem o seguinte conceito: é a coragem de ser quem se é. Entende-se que são travestis as pessoas que vivenciam papéis de gênero feminino, mas não se reconhecem como homens ou como mulheres, mas como membros de um terceiro gênero ou de um não gênero. É importante ressaltar que travestis, independentemente de como se reconhecem, preferem ser tratadas no feminino. Sexo é biológico, gênero é social.

E o gênero vai além do sexo: o que importa, na definição do que é ser homem ou mulher, não são os cromossomos ou a conformação genital, mas a autopercepção e a forma como a pessoa se expressa socialmente. Para algumas pessoas, a vivência de um gênero discordante do sexo é uma questão de identidade; é o caso das pessoas conhecidas como travestis e das transexuais, que são tratadas, coletivamente, como parte do grupo chamado de “transgênero”.

O que caracteriza a vivência das transexuais e travestis? Funcionalidade (representado por *Crossdressers*, *Drag Queens*, e *Transformistas*). Questões de saúde entre as travestis vão muito além da aids: o uso de silicone e suas possíveis consequências indesejadas, tais como: câncer de próstata; violência e suas consequências físicas e psicológicas; depressão; o uso sistemático de drogas e suas consequências.

Como usar os hormônios femininos minimizando efeitos indesejados? O tratamento hormonal parece ser este veículo que integra e exterioriza as dimensões físicas e moral no universo das travestis. Prostituição e casa/pensão, o universo do mercado sexual parece tornar-se o mais acessível, muitas vezes tido como o único, porém não mais o principal destino para a sociabilidade da experiência da travestilidade (BENEDETTI, 1998).

“O hormônio é como um alimento para o corpo”. O tratamento hormonal parece ser este veículo que integra e exterioriza as dimensões físicas e morais no universo das travestis. É com ele que se adquirem novas características nas formas do corpo, bem como novas particularidades de uma ordem moral que dizem respeito ao comportamento feminino na sociedade.

Contudo, estudos referentes às travestis (de masculino para feminino, no caso) consistem em homens que produzem modificações em seus corpos com o objetivo de torná-los femininos e de fazê-los parecer com os de mulheres, sem, no entanto, visar à cirurgia de transgenitalização (BENEDETTI, 2000).

Fabricam formas e contornos femininos com auxílio da tecnologia, da medicina estética nos seus próprios corpos, criam seu próprio gênero, seus próprios valores relacionados ao feminino e ao masculino.

Isso evidencia uma construção social da identidade de gênero própria das travestis. Um dos artifícios essenciais na vida de uma travesti é iniciar o uso de hormônios.

Com a hormonioterapia, as mudanças corporais mostram-se mais visíveis e mais definitivas:

- Os seios desenvolvem-se.
- A silhueta arredonda-se.
- A voz afina (segundo algumas travestis).
- Os pelos do corpo e da barba diminuem em quantidade e tamanho.

A ingestão de tratamento hormonal parece ser a própria decisão de incorporar e dar publicidade à identidade travesti. Os hormônios femininos são normalmente o primeiro (e, para algumas, o único) produto a ser acionado com este objetivo. Essas substâncias começam a agir sobre o organismo, desenvolvendo os seios, arredondando os quadris e os membros inferiores e superiores, afinando a cintura (e a voz, segundo algumas travestis) e diminuindo a produção de pelos, especialmente os da barba, do peito e das pernas.

Outro aspecto importante é que as travestis percebem o corpo não apenas como atributo social, mas suas verdadeiras identidades sociais, pois este processo faz parte inclusive da sua formação como pessoa (BENEDETTI, 2005).

Ainda conforme o autor, em volta da travesti existe uma dupla identidade. A primeira é a identidade própria, envolvida pela constante procura da beleza, dos vestidos bonitos, da maquiagem perfeita, tornando forte sua superexposição.

O emprego do artigo “a” antes da palavra “travesti” justifica-se no emprego do termo travesti como feminino. Primeiro porque se refere ao respeito pela utilização do termo por muitas travestis (que se denominam no sentido feminino). Manter a designação feminina significa valorizar a transformação corporal buscada por elas. Por outro lado, explícita o âmbito político, são as reivindicações do próprio movimento organizado justificando o respeito e a garantia da construção do feminino entre as travestis e transexuais (BENEDETTI, 2005).

A transexualidade e a travestilidade, por serem fenômenos que desafiam as convenções sociais, pautadas em ideais heteronormativos, tornam-se temas bastante complexos, envolvendo corpo, identidade e gênero. Sua complexidade atinge ainda as polêmicas e as controvérsias acerca do seu campo político, em participações nos movimentos sociais; do conceitual, em binarismos, sexualidade, imagem corporal e identificação; e da nomenclatura adotada nos manuais de transtornos mentais como um transtorno de identidade de gênero. Essa nomenclatura reduz o tema ao aspecto patológico.

O pertencimento às categorias transexual e travesti implica a identificação com o gênero oposto ao que lhe foi conferido socialmente ao nascer, sendo ainda possível transitar entre o gênero feminino e masculino. A expressão corporal do gênero, identificado por meio de sua transformação, travestilidade e trejeitos, tem questionado as teorias que veem o gênero como unicamente atrelado ao sexo e formado pelas polaridades, carregadas por normas e valores, masculino e feminino (ARGENTIERI, 2009; BARBOSA, 2010; BUTLER, 2010). Nesse sentido, os(as) transexuais consideram que suas reivindicações estão mais associadas a uma identidade negada, ou seja, que seu corpo está incoerente com o seu psiquismo (ARAÚJO, 2010; GRAZZIOTIN; VERDE, 1997).

Pelo fato de permanecer o embate entre sua identificação com o gênero oposto ao recebido em seu nascimento e a ideia de um corpo naturalizado, que deve ser coerente com o papel social que desempenham, transexuais e travestis terminam por serem diagnosticados como indivíduos com transtorno de identidade de gênero (ARAN; MURTA, 2009; BENTO, 2009). Todavia, para se chegar à nomenclatura referida a essa classificação, houve toda uma construção histórica e teórica acerca dos(as) transexuais e travestis, desde os anos de 1950, quando esses estudos começaram (BENTO, 2006; BRUNS; PINTO, 2003; SILVA, 2013). Por sua vez, o diagnóstico é proveniente do DSM IV – *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) e apresenta um direcionamento para a área da Psiquiatria (ARAN; MURTA, 2009; ARAÚJO, 2010). Transexuais e travestis são vistos(as) como indivíduos com comportamentos desviantes de identidade. Tal ideia contraria

a visão dinâmica de produção de identidade como um fenômeno construído a partir das experiências sociais do sujeito. Como desviar uma identidade que é edificada e produzida pelo próprio indivíduo? Assim, o referido diagnóstico desrespeita e negligencia a vontade do sujeito. Em contraposição, ele passa a ser percebido como portador de comportamento anormal, ou seja, a travestilidade e a transexualidade são problemas para a identificação. No caso dos intersexos, não há indícios de serem citados como patológicos, pois sua transexualização estaria associada à reparação cirúrgica (FAUSTO-STERLING, 2012; MACHADO, 2005).

Essas características, que ora aproximam, ora afastam os sujeitos de sua experiência de gênero e da produção de sua identidade, possibilitam algumas questões: se a identidade é produzida nas relações sociais, em que medida o contexto exerce e/ou sofre definições? A transexualidade e a travestilidade enfrentam a ideia de um determinismo biológico e transcendem as barreiras das categorias opostas e extremas masculino/feminino? Sexo é natureza e gênero é uma atribuição social?

Consideramos a categoria identidade como um conjunto de experiências descritivas do ser humano, não restrita a um aspecto ou às conhecidas dicotomias de identidade de gênero, sexual e racial. O binarismo masculino/feminino pode ser considerado uma forma de controle e poder, visto que essas polaridades e os papéis advindos delas têm a função de assegurar as diferenciações e a noção de complementaridade de sexo, além de sustentar, manter e reproduzir os valores do grupo ao qual o indivíduo pertence (LAQUEUR, 2001).

As tecnologias de modificações corporais – cirurgia de transgenitalização e modelagem corporal – trouxeram contribuições e rupturas nas categorias identidade e gênero, permitindo maior correspondência entre o corpo e a identidade (CARVALHO, 2011). No entanto, estereótipos relacionados a padrões de comportamento – de homens e mulheres – permanecem fossilizados na cultura e são conservados facilmente por sua manutenção (BENTO, 2009; SILVA, 2013). A busca pela identidade, na contemporaneidade, é refletida no corpo, por meio das tecnologias de transformações corporais (*piercings*, tatuagens, próteses e intervenções cirúrgicas), que cada vez mais fazem

parte do cotidiano das pessoas. Essas demarcações no corpo podem ser chamadas de acoplamentos, visto que se conectam para a produção da identidade. O corpo e suas modelações permitem a convivência de identidades, as quais são produzidas por afinidades e possibilidades, e não apenas pela assimilação de uma identidade dita natural. Desse modo, o corpo não é negado, mas ressignificado (HARAWAY, 2009).

Considera-se ainda que a constituição do sujeito dá-se na relação entre ser produzido e produzir cultura, por intermédio da linguagem, que é uma mediadora e representante da realidade. Nessa medida, significados e sentidos não são fixados, mas edificados por meio da linguagem – e da sua função comunicativa – estabelecida pelas experiências sociais. O significado é do âmbito macro, compartilhado por todos, enquanto o sentido é contingencial, micro, depende da experiência do sujeito em determinados contextos (VIGOTSKI, 1993; 2007).

Por outro lado, podemos argumentar que as inúmeras facetas da identidade reproduzem os padrões de comportamento de um homem e de uma mulher. Tal procedimento é proveniente das produções histórico-culturais e da experiência descritiva do personagem, culminando em diversos sentidos atribuídos a cada situação e momento de sua transexualidade. Esta última é vista como uma liberdade de expressar seus desejos e suas vontades. A identidade é construída e produzida socialmente, a partir da relação interdependente com o meio e das significações compartilhadas e sedimentadas na cultura (CIAMPA, 2005; LANE, 2007; VIGOTSKI, 1993).

O ambulatório de saúde para travestis e transexuais da Paraíba (Ambulatório TT) é o primeiro do Nordeste e o sexto no Brasil. O serviço fica localizado no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga e foi inaugurado no dia em que foram comemorados 54 anos da fundação do hospital.

O Governo do Estado da Paraíba, por meio da Secretaria de Estado da Saúde e da Secretaria da Mulher e Diversidade Humana, discutiu com os movimentos LGBT a implantação deste serviço pioneiro no Nordeste. O estado investiu na implementação de uma política de gênero em respeito às minorias historicamente esquecidas, como os(as) travestis e

transexuais, que, a partir do dia 24 de julho de 2013, passaram a ter à disposição um ambulatório de saúde especializado.

O Ambulatório TT presta atendimento em endocrinologia, ginecologia e cirurgia plástica facial (lipodistrofia) e outras especialidades oferecidas pelo Complexo Hospitalar Clementino Fraga. Isso significa respeito aos travestis e transexuais, uma política pública que vem sendo implementada desde o atendimento ao decreto da obrigatoriedade da adoção no nome social nos atendimentos do estado e a implantação do Conselho Estadual de Saúde da população LGBT.

Ressaltamos o respeito à diversidade humana com a criação de um serviço referência para travestis e transexuais que encontravam muitas dificuldades no sistema de saúde.

A implantação do Ambulatório TT representou um ganho muito importante na saúde da Paraíba, que é a igualdade de direitos que está sendo oferecida à população LGBT.

Em parceria com o Ministério da Saúde, queremos incluir o procedimento de redesignação sexual no Processo Transexualizador da Paraíba, assim como é feito desde 2008 pelos estados de São Paulo, Goiás, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Acreditamos que, em um curto espaço de tempo, o Estado da Paraíba, com a reestruturação de suas equipes, solicitará a habilitação para tal procedimento no Ministério.

Para a implantação do ambulatório TT do Estado da Paraíba, aconteceram muitas rodas de conversa com o movimento, que já vinha dialogando com o Ministério da Saúde e o estado sobre a necessidade da abertura de um ambulatório para cuidar da saúde integral desta população no Processo Transexualizador. Serão oferecidos os serviços de hormonioterapia, histerectomia e mastectomia dos homens trans e o acompanhamento para a cirurgia de redesignação sexual e outros serviços de saúde inerentes ao grupo.

O Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF) possui em seu ambulatório uma equipe multidisciplinar que presta acompanhamento à saúde dessa população e aos cuidados inerentes ao controle hormonal, às mudanças físicas e ao acompanhamento psicossocial. Esse é um serviço pioneiro no Nordeste que oferecerá a esse

grupo um atendimento respeitoso e humanizado, assim como qualquer outro cidadão. No Brasil, somente cinco estados possuem ambulatórios para travestis e transexuais e a unidade da Paraíba é referência para os estados de Pernambuco e do Rio Grande do Norte.

Ambulatório de Saúde para Travestis e Transexuais do Estado da Paraíba

O primeiro atendimento do ambulatório aconteceu em 25 de agosto de 2013. Após nove meses de sua inauguração, temos um total de 600 atendimentos, divididos nas seis especialidades existentes. Em fevereiro de 2014, aconteceu a primeira intervenção cirúrgica de uma mulher trans, que foi submetida à cirurgia de tireoplastia (raspagem do pomo de Adão). O procedimento foi realizado pelo cirurgião de cabeça e pescoço, Dr. Clécio Leite.

Equipe do CHCF:

- Diretora do CHCF – Adriana Melo Teixeira;
- Diretora Técnica do CHCF – Ana Maria Paiva;
- Gerente Ambulatorial do CHCF – Cícera Magroski;
- Gerente do Ambulatório TT – Sérgio de Araújo Silva;
- Endocrinologista – Rogério Wagner Varela;
- Psicólogas – Soraya Patriota e Keyla Gama;
- Nutricionista – Fernanda Raposo de França;
- Ginecologista – Eduardo Sérgio Soares; e
- Fonoaudiólogas – Fernanda Sybeli Ribeiro e Leydiane Castro.

O nosso Ambulatório é o único no Brasil que tem o fonoaudiólogo e a nutricionista na equipe multidisciplinar.

O Ambulatório TT é o espaço específico para o atendimento da população de travestis e transexuais dos 223 municípios paraibanos e de mais dois estados da Região Nordeste: Pernambuco e Rio Grande do Norte. Em 2014, atendia por meio do TFD uma mulher trans do Estado do Espírito Santo (ES).

Fluxograma de atendimento:

Após encaminhamento da Secretaria de Estado da Mulher e Diversidade Humana (espaço LGBT), munido de documentação necessária, o prontuário é aberto e cada pessoa recebe o cartão do(a) usuário(a). Munido desse cartão, o(a) usuário(a) faz seu agendamento para uma das especialidades existentes no Ambulatório TT.

Números de pessoas atendidas:

Total de travestis e transexuais atendidos(as) no Ambulatório TT.

- Travestis: 48
- Homens Trans: 10
- Mulher Trans: 25
- Total: 83

Esses números são de prontuários abertos.

Horário de atendimento:

O ambulatório funciona de segunda a sexta-feira, nos dois turnos.

Manhã: de 7h as 11h; Tarde: de 13h as 17h.

Observação: todo atendimento deverá ter sua marcação prévia no ambulatório do Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF).

Por configurar-se como uma instituição credenciada para a realização de atendimento às doenças infectocontagiosas, no entanto, o Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF) é a unidade de saúde em que seus profissionais estão qualificados para prestarem uma assistência adequada às diversificadas, complexas e amplas demandas da população LGBT.

A criação desse ambulatório para prestar atendimento de saúde à população de travestis e transexuais iniciou-se em 2013, a partir de reuniões promovidas pelos movimentos sociais e o governo do estado, com a intermediação da Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana e da Saúde, no Espaço LGBT.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ARAN, M.; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis** [online], v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100003>. Acesso em: 8 set. 2012.
- ARAÚJO, L. R. de. **Transexualidade**: dos transtornos às experiências singulares. 2010. 150 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Curso de Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco. Não publicada.
- ARGENTIERI, S. Travestismo, transexualismo, transgêneros: identificação e imitação. **Jornal psicanalítico**, [S.l.], v. 77, n. 42, p. 167-185, 2009.
- BARBOSA, B. C. **Nomes e diferenças**: uma etnografia dos usos das categorias travesti e transexual. 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de São Paulo. Não publicada.
- BENEDETTI, M. R. Gênero: conceitos e possibilidades. In: NÓS Mulheres: gênero, pobreza e AIDS. Porto Alegre: [s.n.], 2000.
- _____. **Hormonizada!**- Reflexões sobre o uso de hormônios e tecnologia do gênero entre travestis de Porto Alegre. In: REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS, 28., 1998, Caxambu, 1998.

- _____. **Toda feita**: o corpo e o gênero das travestis. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BENTO, B. A diferença que faz a diferença: corpo e subjetividade na transexualidade. **Revista Bagoas**, [S.l.], v. 4, p. 95-112, 2009.
- _____. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRUNS, M. A. de T.; PINTO, M. J. C. **Vivência transexual**: o corpo desvela seu drama. Campinas: Átomo, 2003.
- BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.
- CARVALHO, M. F. de L. **Que mulher é essa?**: identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais. 2011. 147 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Não publicada.
- CIAMPA, A. **A estória de Severino e a história da Severina**. São Paulo: Brasiliense, 2005.
- FAUSTO-STERLING, A. Dualismos em duelo. **Cadernos Pagu**, [S.l.], v. 17/18, p. 9-79, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reference.php?pid=S010483332002000100002&caller=www.scielo.br&lang=en>>. Acesso em: 8 set. 2012.
- GRAZZIOTIN, A.; VERDE, J. B. **Transexualismo**: o enigma de identidade. São Paulo: Ed. Paulus, 1997.
- HARAWAY, D. Manifesto Ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo socialista no final do século XX. In: HARAWAY, D.; KUNZRU, H.; TADEU, T. (Org.) **Antropologia do Ciborgue**: as vertigens do pós-humano. Minas Gerais: Ed. Autêntica, 2009. p. 33-118.
- INOJOSA, Rose Maria. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos FUNDAP**, [S.l.], n. 22, p. 102-110, 2001.

LANE, S. T. M. **O que é Psicologia Social?** São Paulo: Brasiliense, 2007.

LAQUEUR, T. Representando o sexo. In: _____. **Inventando o sexo:** corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001. p. 151-188.

MACHADO, P. S. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. **Cadernos Pagu**, [S.l.], v. 24, p. 249-281, 2005.

SANTOS, M. C. B. Diversidade sexual e de gênero nos serviços públicos de saúde: ainda um desafio. In: SEMINÁRIO ENLAÇANDO SEXUALIDADE, 3., 2013, Salvador. **Anais...** Salvador: UNEB, 2013. Disponível em: <<http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2013/06/Diversidade-sexual-e-de-g%C3%AAnero-nos-servi%C3%A7os-p%C3%BAblicos-de-sa%C3%BAde-ainda-um-desafio.doc>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

SILVA, A. L. **Processo de transexualização:** uma análise inter e intrageracional de histórias de vida. 2013. 123 f. Dissertação (Mestrado)– Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió. Não publicada.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente:** o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. **Pensamento e linguagem.** São Paulo: Martins Fontes, 1993.

Bibliografia

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2009.

BRANDÃO, S. C.; FARIA, N. J. **Psicologia social:** indivíduo e cultura. São Paulo: Ed. Alínea, 2004.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

HARAWAY, D. Gênero para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cadernos Pagu**, [S.l.], v. 22, p. 201-246, 2004.

KAFKA, F. **A metamorfose.** Rio de Janeiro: Ediouro, 1998. Originalmente publicado em 1915.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2002.

OLIVEIRA, A. A. S. **Memória psicossocial da comunidade da Praia do Francês.** Maceió: EDUFAL, 2007.

PINO, A. A criança, um ser cultural ou da passagem do biológico ao simbólico. In: _____. **As marcas do humano:** às origens da constituição cultural da criança na perspectiva de Lev S. Vigotski. São Paulo: Cortez, 2005. p. 43-59.

ROSA, J. G. **Grande sertão:** veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

RUBIN, G. Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: ABELOVE, H.; BARALE, H. M.; HALPERIN, D. (Org.). **The lesbian and gay studies reader.** New York: Routledge, 1984. p. 143-179.

SILVA FILHO, A. C. P. **Cinema e literatura:** estrutura emocional de alguns criadores e suas obras. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SILVA, A. L. **A figura da transexual no universo cinematográfico:** uma análise psicossocial. 2008. 98 f. Monografia (Graduação) – Curso de Psicologia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió. Não publicada.

VIGOTSKI, L. S. **A tragédia de Hamlet, príncipe da Dinamarca.** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Psicologia da arte.** São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. **Teoria e método em psicologia.** São Paulo: Martins Fontes, 2010.

VON, A. Triunfo dos Pelos. In: TREVISAN, J. S. (Org.). **Triunfo dos pelos e outros contos GLS.** São Paulo: Summus, 2000. p. 15-21.

Atendimento a transexuais e a travestis: crianças, adolescentes e adultos

Alexandre Saadeh
Desirée Monteiro Cordeiro
Liliane de Oliveira Caetano

O Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Núcleo de Psiquiatria e Psicologia Forense do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Antigos-Nufor-IPq-HCFMUSP) foi criado em janeiro de 2010.

Seu surgimento ocorreu a partir de experiência de acompanhamento médico e psicológico realizado naquele Instituto, desde 1995, com a população transexual e tem como objetivo atender pessoas que experimentem questões relacionadas a gênero e sexualidade, com ênfase na população transexual.

Pelo CID-10 (OMS, 1993), ainda em uso, o termo transexualismo é utilizado. Já pelo DSM-5 (APA, 2013; 2014), o correto é disforia de gênero, enfocando o sofrimento e não mais problematizando o que seria o cerne da questão: o transtorno de identidade de gênero (DSM-IV, 2000).

A questão diagnóstica, além dos aspectos etiológicos, epidemiológicos, históricos e mitológicos referentes ao tema, é evidenciada e discutida na tese de doutorado do coordenador do Antigos (SAADEH, 2004).

A autorização dos procedimentos de transgenitalização, mesmo para adultos, é muito recente no Brasil. As resoluções do Conselho Federal de Medicina (Resoluções do CFM nº 1482/1997, nº 1652/2002 e a vigente nº 1955/2010) sempre estabeleceram como um dos critérios a maioridade de 21 anos, para que os(as) usuários(as) transexuais fossem autorizados a realizar os procedimentos hormonais e cirúrgicos considerados experimentais ou não. As primeiras portarias (Portarias MS nº 1.707/2008 e nº 457/2008) do Ministério da Saúde condicionavam

o Processo Transexualizador no SUS à resolução de 2002 (Resolução do CFM nº 1652/02), assim como a Portaria em vigor (Portaria MS/GM nº 2.803, de 19 de novembro de 2013) vincula tais procedimentos aos critérios da resolução do CFM de 2010 (Resolução do CFM nº 1955/2010). Dessa forma, para o Amtigos, assim como para os demais ambulatorios credenciados pelo Ministério da Saúde, a realização do Processo Transexualizador foi e está estruturada a desenvolver os atendimentos especificamente à população adulta.

A experiência identitária do indivíduo transexual é, em geral, marcada por inúmeros desafios e dificuldades. Estes não ocorrem apenas na idade adulta, estando presentes desde a infância. Entretanto, não há, no Brasil, até o momento, qualquer normatização referente à abordagem de crianças e de adolescentes ou diretrizes estabelecidas, quer seja pelo Conselho Federal de Medicina ou pelo Ministério da Saúde, que guie profissionais da Saúde para o acompanhamento e o tratamento de crianças e de adolescentes no âmbito médico, psicológico ou social. Há, assim, restrições para o seguimento dessa população.

O Amtigos é o primeiro ambulatório, que se tem registro no Brasil, a realizar o acompanhamento de crianças e de adolescentes que vivenciam a experiência da transexualidade. Frente a este contato, os diversos profissionais do Amtigos foram cada vez mais sensibilizados pelo intenso sofrimento e pelas dificuldades que referiam essas crianças e adolescentes, e também seus respectivos familiares/responsáveis legais. Assim, em função dessa demanda espontânea, em 2010, iniciou-se o atendimento dessa parcela da população.

A experiência com o tratamento da população transexual adulta foi indispensável para esse início de trabalho com crianças e adolescentes. Não obstante o referencial prático com a população adulta, foi realizado um levantamento do referencial bibliográfico internacional sobre a matéria para o embasamento das intervenções.

Desde o início, a articulação com a rede de atendimento e com os órgãos de defesa e garantia de direitos da infância e da adolescência foi priorizada para a discussão sobre a questão e a proposta de acompanhamento do Amtigos a essa população.

Em nosso serviço, optamos por uma proposta distinta de trabalho para crianças e adolescentes, tendo em vista que as próprias demandas apresentadas por esses segmentos demonstram características diferentes. Para crianças, as intervenções centram-se pela perspectiva psicossocial, entre outros atendimentos. Um recurso indispensável é a psicoterapia e o acompanhamento familiar.

Em relação aos adolescentes, até pelo sofrimento intensificado devido ao desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, a abordagem necessita de discussão mais ampla, inclusive sobre o bloqueio de eixo hipotálamo-hipófise e a hormonioterapia específica para cada gênero.

Por falta de diretriz clara e de autorização específica para o tratamento dos adolescentes, foi realizada consulta ao Cremesp (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo), na qual se abordou, dentre outros aspectos, a vulnerabilidade e os riscos a que estavam expostos adolescentes transexuais que faziam uso de hormônios sem nenhum acompanhamento médico. Destaca-se que, conforme a orientação do Cremesp, foi obtida a autorização de tal acompanhamento, desde que vinculado a um projeto de pesquisa e em hospital-escola.

Nesse contexto, o Amtigos articulou parceria com o Ambulatório de Endocrinologia do Instituto da Criança do HCFMUSP. Este ambulatório foi escolhido, inclusive, por contar com profissionais experientes no manejo hormonal referente à população com diagnóstico de intersexo que, apesar de grandes diferenças na vivência da sexualidade e de desenvolvimento biológico e psicológico, apresenta similaridades na conduta hormonal. A partir desse contato conjunto, foi proposto um estudo/pesquisa para intervenção nessa população desassistida clinicamente, no que se refere à hormonioterapia e ao bloqueio de eixo.

Mas, em 2013, após solicitação de esclarecimento da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, o CFM publicou o Parecer n.º 8/13, referendando os procedimentos hormonais para adolescentes transexuais e travestis, desde que exista indicação terapêutica. Embora o Parecer n.º 8/13, do CFM, não tenha um caráter normativo, é um importante referencial para o trabalho com essa população.

Em 30 de julho de 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 859, em que o atendimento para crianças e adolescentes estava contemplado no Processo Transexualizador; porém, tal documento foi revogado. Entendemos que uma normatização, em âmbito nacional, para o trabalho com crianças e adolescentes ainda se faz necessária. A atual Portaria do Ministério da Saúde, publicada em outubro de 2013 (Portaria MS nº 2.803/2013), não inclui crianças e adolescentes no Processo Transexualizador do SUS.

Estrutura do Amtigos

Atualmente, o Amtigos é referência de atendimento da população transexual pelo Ministério da Saúde. Foram atendidos, de janeiro de 2010 até novembro de 2013, 250 pessoas que buscaram a triagem do ambulatório. Desde dezembro de 2010, incluímos a população infantil e adolescente nesse atendimento.

No Amtigos, prestamos os seguintes serviços:

- **TRIAGEM:** feita por um(a) psiquiatra, assim que o paciente chega ao ambulatório. Em sua maioria, é acompanhada por outros profissionais (psicólogos e/ou assistente social). Tem como objetivo identificar a demanda desses pacientes e de sua família, com base no diagnóstico de transexualismo (CID-10) e manejar a proposta terapêutica para cada caso.
- **AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA:** tem finalidade diagnóstica, com pesquisa de possíveis comorbidades orgânicas ou psiquiátricas associadas ao transtorno de identidade de gênero, além de fazer os encaminhamentos necessários: acompanhamento psiquiátrico ou de outras especialidades médicas – endocrinológico, otorrinolaringológico, cirúrgico e outros.
- **AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL:** realizada por assistente social e por psicólogo em crianças e/ou adolescentes e em seus familiares e adultos. Tem como objetivo avaliar as questões das interações dessa população com seu meio. Como se denominam, onde vivem, com quem convivem, questão escolar, de trabalho, familiar e social. Suas necessidades, sua cultura e sua situação pessoal.

- **AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA:** no caso de crianças, adolescentes e adultos, é feita de acordo com cada situação. Conta com testes projetivos e de personalidade, além de testagem neuropsicológica, quando se faz necessária. O objetivo é identificar o momento em que o paciente se encontra e como é possível manejá-lo.
- **ACOMPANHAMENTO PSICOTERÁPICO:** realizado por psicólogos e/ou psiquiatras, é feito de forma individual e em grupo, mas sempre de acordo com cada caso específico e após ampla discussão.
 - Atendimento individual: realizado essencialmente com as crianças e em alguns casos específicos de adolescentes.
 - Atendimento em grupo: realizado com adolescentes e adultos, preferencialmente por uma dupla de profissionais, buscando, com isso, ampliar as possibilidades e as visões dentro do grupo.
- **ATENDIMENTO FAMILIAR:** é imprescindível, pois, em geral, os familiares buscam o serviço com dificuldade de entender e/ou lidar com as questões enfrentadas pelos(as) transexuais, e é válido considerar que essas pessoas também estão expostas ao preconceito em suas relações sociais.
 - Assistente social: é fundamental a escuta atenta das dificuldades vivenciadas por essas pessoas; são comuns os relatos de sentimento de culpa em relação à transexualidade do familiar, sendo imprescindível a desmistificação dessas questões.
 - Psicoterapia: profissionais com formação específica em terapia familiar, realizada sob demanda da equipe, do paciente e/ou dos familiares.
- **OUTROS SERVIÇOS:**
 - Acompanhamento pós-cirúrgico por, no mínimo, um ano: no caso dos adultos, em psicoterapia.

- Orientação e seguimento: adultos, adolescentes, crianças, família, suporte social, relação com Defensoria Pública, escolas e abrigos.
- Orientação a profissionais de outros municípios.
- Relação com o Centro de Referência e Tratamento – Santa Cruz (CRT-Santa Cruz), que possui um Ambulatório TT (transexuais e travestis).

O Amtigos é composto por profissionais competentes, muitos com anos de atendimento da população transexual, porém, em sua maioria, voluntários. Atualmente, é composto por três médicos psiquiatras (sendo apenas o coordenador contratado), uma assistente social (contratada), uma secretária voluntária e 13 psicólogos voluntários. Médicos residentes do programa de psiquiatria podem, ainda, realizar um estágio optativo neste ambulatório durante, pelo menos, seis meses.

Aos psiquiatras, como já dito anteriormente, cabem as triagens, as avaliações específicas, os encaminhamentos e as psicoterapias grupal e individual, quando indicadas.

Aos psicólogos, cabe a avaliação psicológica, incluindo a aplicação de testes psicológicos e neuropsicológicos, quando necessários, além do atendimento em psicoterapia individual (restrita, em poucos casos, a adultos e a adolescentes, sendo a única modalidade oferecida para crianças) e em grupo.

À assistente social, compete a interface com todos os serviços de referência e de contrarreferência, além de objetivar a garantia dos direitos dessa população, seja na orientação para mudança de nome e de gênero civil, seja para questões escolares ou trabalhistas, ou mesmo para questões do dia a dia dessas pessoas.

Semanalmente, realizamos reuniões para todo o serviço. Em nossas reuniões, fazemos da pluralidade de formações uma base para discussões amplas e consistentes. A questão diagnóstica, que para nós é um pilar do funcionamento do ambulatório, não é usada como um termo discriminatório, mas, sim, a favor de quem nos procura.

No que diz respeito ao atendimento de crianças e adolescentes, o manejo é feito da forma mais integral possível dentro da equipe. Cada caso é pensado em separado e é estipulado um processo terapêutico. Esse processo pode ser discutido inúmeras vezes, seja por demanda de qualquer integrante da equipe, seja por demanda do paciente e/ou de seus familiares.

Temos dificuldades locais, como, por exemplo, na contratação de profissionais, na articulação com outros serviços do HCFMUSP, impactando, inclusive, em adversidades frente ao baixo número de cirurgias realizadas anualmente e no encaminhamento à Endocrinologia. Há resistências internas ao trabalho com crianças e adolescentes, além de limitações que extrapolam a capacidade de resolução do serviço, como as relacionadas à regulamentação para o atendimento dessa população e às dificuldades em intervenções em outros serviços, como lares assistidos para adolescentes. Entretanto, ao longo dos últimos anos, frente a estes diversos empecilhos, temos a certeza de que o acompanhamento se dá de maneira a impactar positivamente na população assistida e na discussão de protocolos e de políticas nacionais de atendimento.

Articulação com a rede e garantia de direitos

Apesar de o Processo Transexualizador envolver o atendimento em um serviço de saúde especializado, em muitos casos, esse é o único recurso da rede em que essas pessoas são atendidas, sendo frequente o relato de discriminação no acesso a outros serviços, contexto em que o Estado coloca-se como violador de direitos do cidadão.

Preconizando o acesso a outros recursos e serviços, o Amtigos realiza encaminhamento, quando cabível, a outros serviços de saúde e à rede de atendimento da Assistência Social, entre outros.

Além dessa articulação, o ambulatório também realiza um trabalho de orientação e sensibilização com a rede de atendimento sobre as demandas dessa população e sobre o respeito à identidade de gênero. Nos casos de discriminação e outras violações de direitos, aciona órgãos específicos para garantia de direitos.

No que se refere à educação, o próprio Ministério da Educação, no parecer referente à utilização de nome social em escolas (Parecer Técnico nº 141/2009), aborda dados que evidenciam 73% de evasão escolar, por alunos travestis e transexuais. Sempre que o Amtigos avalia a necessidade ou que os(as) usuários(as) solicitam intervenção, ou até mesmo quando a própria escola demanda, o ambulatório se disponibiliza a discutir o caso e a realizar orientações.

Também atendemos adolescentes com demanda de instituições de acolhimento infantojuvenis (abrigos). Para essas instituições, é fundamental realizar orientações, visto que, em muitos casos, por exemplo, os profissionais não sabem em que quarto o(a) adolescente irá dormir, se no de meninos ou no de meninas. Além disso, em inúmeras situações, demonstram despreparo nas questões que ocorrem cotidianamente com usuários(as) transexuais.

Dados epidemiológicos do Amtigos

Dados gerais:

- Início como grupo próprio: janeiro de 2010.
- Até 22/11/2013: 250 triagens (duas triagens por semana).
- Adultos: 209 (83,6%).
- Adolescentes: 33 (13,2%).
- Crianças: 8 (3,2%).

Estratificação por ano de nascimento:

- 1940-1950: 3 indivíduos; 1,2%.
- 1951-1960: 5 indivíduos; 2,0%.
- 1961-1970: 16 indivíduos; 6,4%.
- 1971-1980: 59 indivíduos; 23,6%.
- 1981-1990: 86 indivíduos; 34,4%.
- 1991-2000: 73 indivíduos; 29,2%.
- 2001-2013: 8 indivíduos; 3,2%.

Diagnóstico:

• Transexuais (F64.0):

156 (62,4%)

MtF: 125 (50%) FtM: 31 (12,4%)

• TIGI (Transtorno de Identidade de Gênero Inespecífica: F64.8/F64.9):

53 (21,2%)

MtF: 8 (15,1%) FtM: 45 (84,9%)

• Transtorno de identidade sexual na infância, até 12 anos de idade (F64.2):

8 (3,2%)

MtF: 2 (25%) FtM: 6 (75%)

• Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação em adolescentes, até 17 anos (F66.0):

33 (13,2%)

MtF: 8 (24,25%); FtM: 25 (75,75%)

Atendimentos:

- Transexuais: 5 grupos.
- TIGI: 1 grupo.
- Adolescentes: 1 grupo e atendimentos individuais; 5 em hormonioterapia.
- Crianças: 3 em atendimentos individuais; 1 prestes a ser encaminhada para bloqueio.

Outros dados da população que procura e é acompanhada no Antigos:

Nível educacional:

- Terminou o ensino fundamental: 9%.
- Não terminou o ensino fundamental: 18%.
- Terminou o ensino médio: 3%.
- Não terminou o ensino médio: 12%.
- Terminou o ensino universitário: 15%.
- Não terminou o ensino universitário: 7%.
- Analfabeto: 1%.
- Não informou: 4%.

Estado civil:

Solteiro: 87%.

Casado: 4%.

Divorciado: 1%.

Morando com parceiro: 3%.

Não informou: 5%.

Hoje, com as triagens para adultos fechadas por excesso de procura e pelo número insuficiente de cirurgias, encaramos novos desafios. É necessário exigir, politicamente, mais leitos e dias cirúrgicos para a população adulta, assim como o pagamento, pelo Sistema Único de Saúde, para o acompanhamento de crianças e de adolescentes, além da mobilização para minimizar essas e outras dificuldades inerentes à condição transexual.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental diseases**: textrevision. 4th ed. Washington, DC: APA, 2000.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental diseases**. 5th ed. Washington, DC: APA, 2013.

_____. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre. Artmed. 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.482/97. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1997. Seção 1, p. 20.944. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1482_1997.htm>. Acesso em 23 jun. 2014.

_____. Resolução CFM nº 1.652/2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 232, 2 dez. 2002. Seção 1, p. 80. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1652_2002.htm>. Acesso em: 23 jun. 2014.

_____. Resolução CFM nº 1.955/2010. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 set. 2010. Seção 1, p. 109-110. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm>. Acesso em: 23 jun. 2014.

_____. **Processo-Consulta CFM nº 32/12 – Parecer CFM nº 8/13**. Assunto Terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais. Disponível em: <www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2013/8_2013.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2014.

_____. Ministério da Educação. **Parecer Técnico nº. 141/2009 – CGDH/DEIDHUC/SECAD/MEC**. Brasília, 27 nov. 2009. Disponível em: <<http://www.abglt.org.br/docs/MEC%20SECAD%20Parecer%20141%202009.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial**

da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 159, 19 ago. 2008, Seção 1, p. 43. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html?>. Acesso em: 23 jun. 2014.

_____. Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 70. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html>. Acesso em: 23 jun. 2014.

_____. **Portaria nº 859, de 30 de Julho de 2013**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0859_30_07_2013.html>. Acesso em 23 jun. 2014.

_____. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html>. Acesso em: 23 jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: OMS; 1993.

SAADEH, A. **Transtorno de identidade sexual**: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino. Tese (Doutorado) – Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

Os homens trans e a corporeidade: o complexo fenômeno da busca do sujeito social masculino

Alba Jean Batista Viana
Eduardo Sergio Soares Sousa
Johnatan Marques do Vale

Este trabalho traz uma reflexão sobre as relações entre corporeidade e norma social, a partir da experiência dos homens trans. Diferentemente de outros sujeitos, esses indivíduos buscam uma normalidade corporal manipulando uma natureza considerada, há até bem pouco tempo, imutável, seja pela utilização hormonal, seja pelos disfarces dos volumes.

O material empírico de que nos valem advém de observações realizadas, com os transexuais, numa instituição de atendimento no Estado da Paraíba. As observações demonstram o papel da aparência corporal na ordem do desejo, no processo de subjetivação desses indivíduos, e, mais do que isso, mostram de que modo o corpo e sua aparência representam uma norma e uma normalidade. Busca-se, assim, a constituição de um sujeito social masculino pela via da corporeidade, exercitando uma inversão dos volumes corporais naquilo que consiste nas representações simbólicas de feminino e de masculino.

O interesse pelo estudo da saúde da população trans surgiu em meio às discussões no Grupo de Pesquisa em Políticas Sociais e da Saúde (GPS), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS) e ao Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), o que nos levou à confecção de um plano de trabalho para melhor discutir questões relativas aos cuidados dispensados à saúde dos transexuais, procurando, assim, analisar os direitos assegurados e as problemáticas para sua plena efetivação.

Após a elaboração do plano de trabalho, procuramos visitar o ambulatório estadual de atendimento aos travestis e transexuais (TT), para estabelecer comunicação com os homens trans. Entramos em

contato com cinco deles, que procuraram o ambulatório para se consultar com diversos profissionais da Saúde. Assim, além das observações das consultas, tivemos a possibilidade de conversar, na “sala de espera” do ambulatório, e de estabelecer aproximações com os homens trans.

Para cada consulta presenciada, era feito um relatório no caderno de campo. Nele, fazia-se uma descrição densa das consultas, anotando, inclusive, os relatos de suas ansiedades e angústias causadas pela estigmatização de sua identidade de gênero e o mais importante: a relação do homem trans com o seu corpo.

O *corpus* da pesquisa foi construído pelos pesquisadores em consonância com tal vivência da pesquisa socioantropológica. Nesse estudo, buscaremos dar visibilidade à problemática trans, no que concerne à aquisição de direitos em saúde, e discutiremos a correlação entre esses direitos e o exercício da cidadania. Em seguida, perfilaremos a relação do homem trans com seu corpo, com base nos estudos sobre os usos sociais do corpo.

Transexualidade: conceitos e direitos

O termo *transexualidade* remete ao desenvolvimento de uma ordem de gênero que determina a compreensão dos gêneros nos corpos, ou seja, “a transexualidade é uma experiência identitária, caracterizada pelo conflito com as normas de gênero” (BENTO, 2008, p. 15).

Um indivíduo transexual é alguém que se identifica com uma masculinidade e/ou feminilidade diferente daquela esperada pela sociedade em função do seu sexo biológico ou do sexo que foi atribuído a esta pessoa em seu nascimento (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOMENS TRANS, 2014), ou seja, o “transexual é aquele indivíduo cuja consciência psíquica situa-se em um sexo biológico, causando-lhe uma disforia de gênero, o que leva a demandar a mudança de sexo por intermédio de uma cirurgia” (HOGEMANN, 2014, p. 223).

Para Ventura (2010), o sujeito transexual busca a transformação corporal na tentativa de inserir-se no meio social e ser reconhecido como alguém do sexo oposto ao seu sexo biologicamente determinado. Pois ele considera-se “[...] entalhado com aparelho sexual errado, o

qual quer ardentemente erradicar [...]” (HOGEMANN, 2014, p. 223). A transexualidade é, nesse sentido, uma condição sexual nomeada, na clínica médica, “de transexualismo, transtorno de identidade sexual ou identidade de gênero” (VENTURA, 2010, p. 11).

Convencionalmente, as pressuposições sobre identidade de gênero abrangem uma intensa regulação – *normalização e normatização* – das ações, das condutas e das práticas sexuais, pautadas nas convenções sociais, que se encontram fundadas na heterossexualidade (BENTO, 2008; VENTURA, 2010). A concepção normativa, por sua vez, a partir dos aspectos biológicos, determina a coerência entre sexo-gênero como atributo de normalidade. Assim, “quando se afirma ‘sou mulher/homem’, é como se estivesse evocando a heterossexualidade como um dado natural” (BENTO, 2008, p. 16). Dessa forma, “quaisquer outras combinações que não sejam mulher/feminino, homem/masculino são patológicas” (VENTURA, 2010, p. 13).

A partir dessas reflexões, podemos considerar que os indivíduos transexuais são aqueles que ousaram romper com as normas e cruzar “os limites estabelecidos socialmente para os gêneros” (BENTO, 2008, p. 16). As sociedades habituadas ao mundo dividido em vagina-mulheres-feminino e pênis-homens-masculino ficam desordenadas diante de corpos que transpõem as fronteiras do que é determinado como masculino e feminino; e aqueles que se atrevem a solicitar uma identidade de gênero em contraste àquela informada pela genitália que se tem, ao fazê-lo, poderão ser aprisionados pelas normas de gênero “mediante a medicalização e patogenização” (BENTO, 2008, p. 18).

Dessa forma, as cirurgias de transgenitalização (CTr) ocorrem por meio de mecanismos de poder e de normatização das condutas dos indivíduos. Por conseguinte, os preceitos adotados na transexualidade ajustam normas de procedimentos, de modo a fazer com que essas pessoas se tornem verdadeiros transexuais – deixando-os o mais próximo possível de uma mulher ou de um homem, os quais correspondem aos estereótipos de gênero vigentes –, bem como a ajustá-los à norma heterossexual (BENTO, 2006). Logo, o dispositivo da transexualidade pode, também, ser considerado um mecanismo heteronormativo (PEREIRA, 2006).

Nessa perspectiva, a transexualidade apresenta duas abordagens: uma biomédica e outra social. A primeira concebe o fenômeno como um distúrbio de identidade de gênero; e a segunda, a social, baseia-se no direito da livre escolha do indivíduo “de afirmar livremente sem coação a sua identidade como consequência dos direitos fundamentais à liberdade, à privacidade, à igualdade e à proteção da dignidade da pessoa humana” (HOGEMANN, 2014, p. 223).

No recinto da transexualidade, “a *medicalização e juridicalização* [...] buscam harmonizar-se no âmbito normativo e potencializar a normalização e a normatização impostas às ações e condutas humanas” (VENTURA, 2010, p. 14, grifo do autor), de modo que esses dois instrumentos encontram-se estreitamente imbricados e bastante evidenciados no fenômeno da transexualidade, por tratar de questões que concorrem para mediação dos conflitos e para o “reconhecimento legítimo da autonomia privada do indivíduo transexual” (PEREIRA, 2010, p. 844).

No Brasil, esta vinculação entre transexualidade e a efetivação do direito à saúde favoreceu intensas pressões e reivindicações voltadas para a linha de cuidado ao grupo de transexuais, levando o Ministério da Saúde, em 2008, a considerar as necessidades decorrentes da disforia de gênero e a regulamentar os procedimentos de transgenitalização por meio das portarias nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador (PrTr), e nº 457, de 19 de agosto de 2008, que define as diretrizes nacionais para o processo, assegurando, ao indivíduo transexual, o direito à cirurgia de transgenitalização (CTr) (SCHRAMM; BARBOZA; GUIMARÃES, 2010; PEREIRA, 2010). Tal procedimento justifica-se por seu caráter terapêutico, dado que a condição transexual é fator determinante para a manifestação de sofrimento e de adoecimento (SCHRAMM; BARBOZA; GUIMARÃES, 2011).

As determinações e as diretrizes das Portarias Ministeriais nº 1.707/2008 e nº 457/2008, respectivamente, preveem a equidade do acesso aos serviços e a integralidade da atenção à saúde do transexual. Ao adotarem o conceito ampliado de saúde, não limitam o cuidado aos procedimentos de intervenção cirúrgica de transgenitalização,

assegurando o acolhimento humanizado e o combate às condutas e às atitudes discriminatórias por parte das equipes de Saúde (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b). Posteriormente, a Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 determinou, ao Ministério da Saúde, o cumprimento integral, no prazo de 30 dias, das medidas necessárias para possibilitar a realização, no SUS, de todos os procedimentos médicos para garantir a cirurgia de transgenitalização e a readequação sexual no Processo Transexualizador (PrTr) (BRASIL, 2013).

A iniciativa de inclusão do PrTr, no âmbito do SUS, foi utilizada pelo Ministério da Saúde com o intuito de ultrapassar a concepção limitada do cuidado à saúde dos transexuais, centrada no procedimento cirúrgico, e de favorecer a despatologização da transexualidade como estratégia de promoção da saúde, contribuindo, principalmente, para a afirmação do direito integral à saúde das pessoas trans na sociedade (LIONÇO, 2009).

O PrTr representa, para um indivíduo transexual,

uma dimensão de ‘renascer social’, ou seja, de recuperação do sentido de sua humanidade, da qual estaria privada ao longo de sua existência, sentenciada que é a uma espécie de ‘morte social’ (SCHRAMM; BARBOZA; GUIMARÃES, 2011, p. 73).

As pessoas transexuais recorrem às CTrs para seus corpos não em busca de satisfazer uma vaidade, mas para estabelecer uma coerência socialmente demandada entre sexo e gênero (SCHRAMM; BARBOZA; GUIMARÃES, 2010). Conforme afirma Bento (2006, p. 182), “é a busca por inserção na vida social o principal motivo para pleiteá-la [a CTr]”, ou seja, “[...] é o reconhecimento social de sua condição humana” (BENTO, 2006, p. 230). No entanto, de acordo com Pereira (2010), a realização da CTr ainda é algo pouco discutido no meio social, e as portarias ministeriais têm sido alvo de críticas e de questionamentos,

[...] sobretudo no que tange à reserva do possível estatal; à imprescindibilidade da realização desta

cirurgia em face de outros tratamentos relativos a outras doenças consideradas por alguns como sendo mais graves; à consideração da cirurgia de transgenitalização como sendo algo frívolo, supérfluo ou desnecessário; dentre outros argumentos (PEREIRA, 2010, p. 846).

A construção de políticas públicas prevê a concessão de visibilidade aos grupos populacionais em situação de invisibilidade e de exclusão no espaço social (SCHRAMM; BARBOZA; GUIMARÃES, 2011). Nesse caso, faz-se necessário garantir o pleno respeito às pessoas, independentemente de sua identidade de gênero, e isso inclui a liberdade e a autonomia individual, nomeados de princípios constitucionais que, por sua vez, determinam a atuação do Estado e o estabelecimento de políticas públicas voltadas para a “promoção da cidadania e respeito às diferenças humanas, incluídas as diferenças sexuais” (TETTI, 2014, p. 1).

Cabe lembrar que, embora o PrTr produza a amenização do problema físico nos indivíduos transexuais, ele também desencadeia problemas de origens jurídica e existencial referentes à (re)qualificação civil, resultante da alteração do nome e do sexo no registro civil, que, por meio de autorização judicial, reordenará todos os dados que possibilitem a identificação do sujeito no meio social, inclusive seus direitos e deveres (SCHRAMM; BARBOZA; GUIMARÃES, 2011). A pessoa que ele/ela foi, um dia, considerada ao nascer não existe mais, e a que passou a existir em decorrência do PrTr não é reconhecida, de modo que a não inclusão do transexual nas previsões jurídicas consiste na negação de seus direitos (BARBOZA, 2010).

Corpo e transexualidade

O Ambulatório TT foi criado para o atendimento da população de travestis e transexuais e inaugurado no dia 24 de julho de 2013. Fica situado no anexo do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga, em João Pessoa (PB). Na Paraíba, existem 41 pessoas cadastradas no Ambulatório TT, em acompanhamento clínico com vários especialistas, para realizarem o processo transexualizador pelo SUS. Desse total, cinco são homens trans.

Figura 1 – Ambulatório de saúde para transexual e travesti



Fonte: GPS (2014).

Com as visitas ao ambulatório, procuramos balizar as modificações corporais realizadas pelos homens trans e seus impactos sobre a saúde dos indivíduos implicados nesse processo de “montagem”. Devemos considerar que o ato da montagem e da transformação corporal possui três momentos: o primeiro leva em conta aspectos da cultura, no sentido da associação de estilos, roupas e dos comportamentos associados à feminilidade ou masculinidade; o segundo procede por acompanhamento médico, tal como a hormonioterapia; e o terceiro ocorre sem acompanhamento médico, tais como a utilização de faixas para esconder volumes corporais que, porventura, venham a associá-los ao “feminino” – procedimento que se mostra mais delicado, pois as evidências clínicas demonstram efeitos deletérios sobre a saúde dos indivíduos nele implicados. Cabe ressaltar que isso ocorre em razão

da política burocrática e demorada dos serviços públicos para a concretização das mastectomias dos homens trans.

Para falar de corpo e de modificações corporais, utilizamos o conceito proposto por Benedetti (2005), que define *montagem* como um termo êmico, que diz respeito a

[...] um processo de manipulação e construção de uma apresentação que seja suficientemente convincente, sob o ponto de vista das travestis [que pode ser aplicado ao contexto de modificação pelos homens trans], de sua qualidade feminina (BENEDETTI, 2005, p. 67).

Claro, estaremos tratando aqui de um público específico: os homens trans e suas estratégias de convencimento da sua identidade masculina. O convencimento é garantido, também, por meio de outras ações que podem compor a montagem em um sentido mais amplo, como o uso dos hormônios e das “faixas simuladoras”, algo que será detalhado adiante.

As modificações corporais fazem parte do processo de formação da identidade trans. Como afirma Benedetti (2005, p. 20), o corpo entre a comunidade trans é “fabricado”; esse corpo é essencial no processo de fabricação do gênero entre os homens e as mulheres trans. Parafraseando Benedetti (2005), poderíamos ressaltar que,

no corpo que elas [ou eles] localizam os principais símbolos do masculino e do feminino; e investem conhecimento, tempo e dinheiro para que possam ostentar, sentir e exibir um corpo diferente, um novo corpo (BENEDETTI, 2005, p. 51).

O autor ainda salienta que esse trabalho de modificação corporal é praticado cotidianamente, mesclando componentes não só físicos, mas também simbólicos. Nessa corporeidade, o corpo apresenta-se como uma linguagem no mundo trans.

Os homens trans: a busca pela identidade masculina no/pelo corpo

Apresentaremos, a seguir, uma síntese do perfil dos cinco homens trans acompanhados no Ambulatório TT. Utilizaremos nomes fictícios, extraídos de cinco personagens, a fim de preservar o anonimato e não ferir o acordo firmado entre as partes (pesquisadores e pesquisados), respeitando, assim, os preceitos éticos:

Chris, 25 anos, com ensino superior incompleto, emprego fixo e casado há três anos. Apresenta-se como homem trans e relata que nasceu mulher, mas que tomou a decisão de assumir-se como homem há, aproximadamente, seis anos. Iniciou a transformação para ser reconhecido como homem por meio do uso de roupas masculinas, do corte de cabelo curto e das maneiras de agir com estilo masculino. É tabagista. Procurou assistência médica e, após avaliação, iniciou o uso de testosterona para aperfeiçoar as mudanças já ocorridas. Ao longo do tempo, observou o aumento dos pelos, o engrossamento da voz, o aumento do desejo, da atividade sexual, do clitóris e da força muscular e a diminuição das mamas. Queixa-se de enxaqueca e de acne na face e nas costas. Faz uso de colete para esconder as mamas. O nome social não ajudou na sua convivência diária. Hoje, com a mudança efetiva dos documentos, encontra-se satisfeito. Queixa-se da lentidão nos processos de atendimento às suas necessidades (medicamentos, mastectomia, histerectomia etc.) no Sistema Único de Saúde. Recebe apoio de seus pais.

Calvera, 25 anos, estudante universitário, procura o ambulatório para “ficar completo”. Deseja vida normal, igual a dos outros homens; não quer menstruar nem ter que ficar amarrando as mamas. Faz uso de testosterona e diz que, mesmo sem atividade física, sua massa muscular aumentou e sua voz engrossou. Na face e na região dorsal, surgiram a acne e os pelos; mostra a barba com satisfação. Menciona que os pés e as mãos alargaram, e que houve aumento da temperatura do corpo e do peso. É tabagista. O clitóris cresceu e ficou mais sensível. As mamas diminuíram; mesmo assim, usa colete para escondê-las. Queixa-se de que o fato de ainda não ter mudado o nome dificulta a compra da testosterona, pois a receita médica para este fim é do tipo controlada. Os documentos, com nome feminino e aparência masculina, têm trazido problemas nas compras. Relata que o processo de transformação, no

início, na adolescência, foi muito difícil: apresentou-se depressivo e perdeu o gosto pela vida. Diz ter dificuldade de exposição social; porém, mantém-se motivado para submeter-se aos tratamentos para adequar, cada vez mais, o seu corpo ao seu sexo psíquico. Tem apoio familiar e da companheira, com quem mora.

Vin, 22 anos, ensino médio completo, com emprego fixo, deseja ter acompanhamento no uso de hormônios e, posteriormente, submeter-se aos tratamentos cirúrgicos. Relata ter percebido, desde a infância, uma insatisfação com a condição de ser menina. Na adolescência, sofreu de depressão pelo fato de seu corpo estar se modificando de forma diferente do que esperava, pois imaginava que cresceria barba e que assumiria características masculinas. Usou antidepressivos. Relata dependência de cocaína, mas com abstinência já há três anos. Usa *cannabis* esporadicamente e é dependente de nicotina. As mudanças de cabelo e de roupas iniciaram-se há três anos, aproximadamente. Faz uso de faixas e de coletes mamários há um ano, associados ao uso de testosterona, inicialmente sem orientação médica. Está em uma relação estável com uma companheira há três anos.

Bernardo, 36 anos, ensino superior completo. Relata que, desde três ou quatro anos de idade, aproximadamente, já se interessava por atividades e por brinquedos de meninos. Ao longo da vida, espontaneamente, prevaleceu o sentimento de ser um homem. Diz que nasceu no corpo errado. Ao se conscientizar de que havia tratamento para a adequação do seu corpo à maneira como se sentia, tomou a decisão da mudança. Hoje está em um relacionamento estável. Não há interferência da sua esposa na sua decisão em iniciar o acompanhamento transexualizador, segundo seus relatos.

Lee, 36 anos, relata que, desde a infância, sempre se percebeu como menino. Nesse período, embora conseguisse se direcionar para um universo masculino, precisava manter-se dentro de uma apresentação feminina. Isso em decorrência da imposição dos pais e pela má aceitação na escola. Sempre fantasiou sua imagem como homem. Nunca permitiu que mulheres o tratassem como mulher ou tocassem em seu corpo. Mais recentemente, teve contato com outros homens trans. Evangélico, ainda tem alguns receios em relação às mudanças

no seu corpo, “mudanças feitas pelo homem”; vê como algo que não está de acordo com Deus. Tem tendência a maior isolamento social, experimenta uma insatisfação com as coisas e não encontra muito sentido nas tarefas que realiza. Encontra-se com o humor rebaixado, triste, realizando as atividades com dificuldades e choro fácil. Sente dificuldade de tomar decisões.

Nos acompanhamentos das consultas do Ambulatório TT, estivemos diante de várias técnicas de modificação corporal entre os homens trans que vão, conforme Benedetti (2005), do externo para o interno, do temporário para o permanente. Tentaremos sequenciar esse processo, mesmo correndo o risco de simplificar a variedade de técnicas corporais implicadas na montagem e sua complexidade. Daremos visibilidade aos seguintes procedimentos: modificações no estilo de vestir-se, com a adesão de roupas masculinas; modificações no corpo, propriamente ditas, na cabeça (externo-temporário), envolvendo pelos e cabelos, e a questão da voz (interno-permanente); simulacros do pênis (externo-temporário) e enfaixamentos do tórax (externo-temporário); e a busca pela cirurgia de transgenitalização.

Os homens trans, como dito anteriormente, sentem-se homens, querem ser reconhecidos, em sua identidade de gênero, como homens. Logo, eles tentam livrar-se do que pode ser concebido como “erro de natureza”, ou seja, dos aspectos que podem ligá-los a uma identidade definida, socialmente, como feminina. Os homens trans modificam, de saída, a *cabeça*: cortam o cabelo e estilizam as madeixas, tendo em vista a anulação de sua identidade feminina com os cabelos alongados. Todos os cinco homens trans acompanhados usam o cabelo curto. O uso do cabelo curto anda de par com a adoção de vestimentas concebidas como masculinas. Nas consultas, eles apareciam de calça jeans, camiseta polo, mochila e sapato social, quando vinham do trabalho, ou ainda de bermuda, camisa e sandália, num estilo mais casual.

Outro processo implicado na modificação corporal está no tratamento designado como hormonioterapia. Os homens trans são acompanhados por profissionais da Saúde¹ que receitam os hormônios necessários para que se modifique o ciclo natural de pelos do corpo,

¹ Cabe ressaltar que todos os homens trans acompanhados já utilizavam hormônios (testosterona) para modificação corporal antes de serem atendidos no ambulatório. Afirmaram conseguir os medicamentos no “câmbio ilegal”.

intensificando o processo de ganho dos pelos ou permitindo o engrossamento da voz dos indivíduos e o aumento do clitóris.

Figura 2 – Hipertrofia de clitóris permanente em mulher, após o uso crônico de testosterona para aumento de massa muscular



Fonte: Sousa (2013) – imagem autorizada pelo autor.

Nas consultas, ficou patente que alguns homens trans realizam o simulacro do pênis, que consiste no seguinte procedimento: preenchem uma camisinha com algodão ou gases e colocam na altura da virilha. Esse procedimento visa simular a presença de um pênis proeminente. O procedimento que pode ser considerado mais invasivo e que provoca danos à saúde dos homens trans é a utilização dos coletes ou das faixas para esconder os seios. Essas faixas pressionam a caixa torácica, causando restrição pulmonar, além de outros efeitos nocivos à saúde. Segundo o médico do ambulatório, o enfaixamento torácico pode ocasionar o aumento da frequência respiratória como mecanismo compensatório. As faixas também podem levar ao aparecimento das atelectasias (colapso de parte ou de todo o pulmão), resultando na redução da oxigenação no sangue arterial. Pneumonias, dor torácica, tosse e/ou dificuldade para respirar também podem ocorrer. Os homens trans do ambulatório que fazem uso dessa técnica participaram de uma avaliação pulmonar sem e com o enfaixamento torácico, por intermédio do exame chamado espirometria. Os exames mostraram uma efetiva diminuição de suas capacidades pulmonares, que se deve à diminuição da elasticidade torácica, provocada pelo uso de cinta e das faixas que pretendem esconder os seios.

Figura 3 – Ocultação das mamas por meio de faixas e coletes



Fonte: Sousa (2013) – imagem autorizada pelo autor.

A cirurgia de transgenitalização é um sonho para muitos homens trans. Eles comentam, cada qual a sua maneira, sobre o “erro da natureza” que precisa ser corrigido, corroborando Duque (2011). É essa prisão dentro desse corpo (reconhecido como feminino) que move os homens trans a modificarem-no, seja por meio das vestes que cobrem o corpo, do manejo do ciclo natural dos pelos e da modificação da voz, do uso dos simulacros ou do enfaixamento torácico. Por meio dessas técnicas, os corpos dos homens trans são *trans-tornados*, ou tornados trans (NERY, 2011).

Para os homens trans, essa última Portaria n° 2.803/2013, mesmo que ainda seja considerada patologizante, uma vez que continua baseando-se em um diagnóstico, ou seja, em uma avaliação de anormalidade, de doença, trouxe avanços significativos para esse grupo, pois ampliou e qualificou o atendimento ao incluir as ações da atenção às pessoas trans na perspectiva da linha de cuidado; ao reforçar a importância da qualificação do atendimento e do uso de toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), da atenção básica à especializada, entre outros setores da rede SUS; e ao possibilitar a modalidade ambulatorial e hospitalar, incluindo, inclusive, procedimentos cirúrgicos (histerectomia e mastectomia) e clínicos (atendimentos com/sem hormonioterapia). Por outro lado, os homens trans dizem, ainda, que a Portaria poderia ter avançado mais na questão da hormonioterapia,

permitindo o que já preconiza o Parecer do Conselho Federal de Medicina nº 8/13, de autoria do Dr. Lúcio Flávio Gonzaga Silva, que trata de terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais, isto é, o início da hormonioterapia aos 16 anos, e incluindo a distribuição da testosterona na farmácia do SUS. Como maior desafio a superar, eles mencionam o número reduzido de cirurgias nas quatro unidades de referências, o que resulta em uma espera muito grande por parte daqueles que desejam a transgenitalização.

Considerações finais

As observações demonstram o papel da aparência corporal na determinação da transexualidade. As alterações corporais fazem parte do processo de formação da identidade dos homens trans. Essas modificações levam em consideração aspectos simbólicos dos usos sociais do corpo.

A alteridade foi construída a partir de estratégias utilizadas para esconder os traços corporais da feminilidade e adquirir uma aparência masculina. A constituição de um sujeito social masculino, pela via da corporeidade, consiste na capacidade de manipular volumes (disfarçando ou simulando) em diferentes partes do corpo, seja por meio das vestes que cobrem o corpo, do manejo do ciclo natural dos pelos, da modificação da voz, do uso dos simulacros ou do enfaixamento torácico, promovendo uma corporeidade próxima do modelo corporal masculino. Essas observações revelam o poder normativo do corpo (masculino e feminino), transformando-se num anseio e num ideal, envolvendo aparência e usos do corpo.

Foram relatadas, pelos homens trans, inúmeras dificuldades em usufruir dos seus direitos, qualitativa e quantitativamente. Algumas vezes, viram-se constrangidos e excluídos, o que culmina com o afastamento da assistência e determina condições precárias de saúde, além de não atender suas peculiaridades.

O direito da cirurgia de transgenitalização e a readequação sexual por reivindicação dos indivíduos transexuais fazem parte das políticas públicas de saúde e amparam-se no artigo 196, da Constituição Federal (1998), que afirma a saúde como direito e dever do Estado.

Tais observações revelam a necessidade de os serviços de saúde estabelecerem estratégias de cuidados às pessoas trans, voltadas para os ajustes necessários à conformação da disforia de gênero, de modo a efetivar políticas públicas que garantam a promoção da cidadania e o respeito às diferenças humanas, independentemente da identidade de gênero.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOMENS TRANS (ABHT). **Quem são as pessoas trans?**. Blog da ABHT. Disponível em: <<http://homenstrans.blogspot.com.br/p/quem-sao-as-peopleas-trans.html>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

BARBOZA, Heloisa Helena. **Procedimentos para redesignação sexual:** um processo bioeticamente inadequado. 2010. 174 f. Tese (Doutorado em Ciências/Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:<<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2545>>. Acesso em: 11 jun. 2014.

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

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

BENTO, Berenice. **O que transexualidade.** São Paulo: Brasiliense, 2008. (Coleção primeiros passos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 159, Seção 1, p. 43, 19 ago. 2008a.

_____. Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008. Define as Diretrizes Nacionais para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde- SUS, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 160, Seção 1, p. 68,20, ago. 2008b.

_____. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 226, Seção 1, p. 25, 21 nov. 2013.

DUQUE, Tiago. **Montagens e desmontagens**: desejo, estigma e vergonha entre travestis adolescentes. São Paulo: Annablume, 2011.

HOGEMANN, Edna Raquel. Direitos humanos e diversidade sexual: o reconhecimento da identidade de gênero através do nome social. **SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 39, p. 217-231, abr. 2014. Disponível em: <http://www4.jfrj.jus.br/seer/index.php/revista_sjrj/article/viewFile/508/392>. Acesso em: 11 jun. 2014.

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n1/v19n1a04.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2014.

NERY, João W. **Viagem solitária**: memórias de um transexual trinta anos depois. São Paulo: Leya, 2011.

PEREIRA, Carolina Grant. Bioética e transexualidade: para além da patologização, uma questão de identidade de gênero. In: ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, 19., 2010, Fortaleza. **Anais...** Florianópolis: Fundação Boiteux, 2010. p. 842-858. Disponível em: <<http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/fortaleza/4144.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2014.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. A teoria queer e a reinvenção do corpo. [Resenha]. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 27, p. 469-477, jul./dec. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n27/32154.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2014.

SCHRAMM, Fermin Roland; BARBOZA, Heloisa Helena; GUIMARÃES, Aníbal. O processo transexualizador. In: CONGRESSO IBEROAMERICANO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E GÊNERO, 7., [S.l.], abr. 2010.

_____. A moralidade da transexualidade: aspectos bioéticos e jurídicos. **Revista Redbioética/UNESCO**, ano 2, v. 1, n. 3, p. 66-77, enero-junio 2011. Disponível em: <http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista_3/Schramm_.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2014.

TETTI, Paulo. **Projeto de lei assegura uso de nome social a transexuais e travestis**. 21 de outubro de 2013. Disponível em: <<http://www.portalk3.com.br/Artigo/cidade/projeto-de-lei-assegura-uso-de-nome-social-a-transexuais-e-travestis>>. Acesso em: 11 jun. 2014.

VENTURA, Miriam. **A transexualidade no tribunal**: saúde e cidadania. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2010.

Bibliografia

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

CARTILHA TRANS. A ÚLTIMA COR DO ARCO-ÍRIS. **João W. Nery**. Disponível em: <<http://www.midiatrans.com/#!joaonery/c93q>>. Acesso em: 27 jun. 2014.

A experiência da abordagem da transexualidade na Faculdade de Medicina/Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Kássia Rita Lourenceti de Menezes
Mariluzza Terra Silveira

Resumo

Em 1997, o Conselho Regional de Medicina normatizou o tratamento de pacientes com distúrbio de identidade de gênero, que deveriam ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar durante dois anos, podendo, assim, serem submetidos à cirurgia de redesignação sexual (CRS). Existe grande confusão, tanto entre profissionais da Saúde quanto entre pessoas da comunidade, sobre o conceito dessa condição. Apesar de a primeira cirurgia ter sido realizada em 1930, ainda é grande o desconhecimento científico sobre este assunto. Em 1999, devido à procura do Hospital das Clínicas (HC), da Universidade Federal de Goiás (UFG), por pacientes transexuais que desejavam ser operados, iniciou-se o Projeto Transexualismo da Faculdade de Medicina/Hospital das Clínicas da UFG. Este artigo tem por objetivo descrever a sua história, as dificuldades, as vitórias e os desafios.

Histórico

Após a resolução autorizando a cirurgia de redesignação sexual (CRS) pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1997, o Hospital das Clínicas (HC) da UFG começou a receber pacientes que desejavam submeter-se a este tratamento. Em 1998, o professor Jalma Jurado foi convidado pelo Departamento de Ortopedia, Traumatologia e Cirurgia Plástica para realizar a cirurgia em V.A.S., 36 anos, de masculino para feminino. O então diretor técnico da época, o professor Félix André Sanches Penhavel, achou razoável adiar o convite, uma vez que não havia uma equipe multiprofissional seguindo a paciente, segundo preconizava o CFM. Após esse fato, a diretoria do HC/UFG, na pessoa

do então diretor geral, o professor Rodopiano de Souza Florêncio, entendendo a necessidade de dar alívio à terrível angústia que aflige as pessoas portadoras de distúrbio de identidade de gênero (DIG) e também conhecendo o nosso interesse no estudo da sexualidade humana, convidou-nos para coordenar a equipe multiprofissional que seria responsável pelo diagnóstico e pelo tratamento das disforias de gênero desta instituição, em maio de 1999.

Como primeira medida, solicitamos, aos Departamentos de Clínica Médica, Cirurgia, Psiquiatria e Ortopedia, Traumatologia e Cirurgia Plástica, que indicassem pessoas interessadas em compor a equipe. Foram indicados, respectivamente: a professora Sílvia Leda França Moura de Paula (endocrinologista), o professor Gilvan Neiva Fonseca (urologista), o professor Renato Posterli (psiquiatra) e o médico voluntário José Humberto Garcia de Souza (cirurgião plástico). Naquele momento, no entanto, não havia psicólogos disponíveis para se integrarem à equipe. Por isso, foi necessário solicitar o trabalho voluntário de três profissionais da Psicologia, que tinham formação em sexualidade humana. Foram eles: Marlene Vieira de Moraes, Maria Aparecida Melo de Oliveira e Humberto Giglio. Entendendo a grande importância do papel da assistente social, convidamos Maria Augusta Alves de Souza Viana, que dava atendimento na Maternidade do HC/UFG. Já se esboçava assim, uma equipe multiprofissional que poderia dar início ao acompanhamento dos pacientes. Agregaram-se a nós, por convite da psicóloga Marlene Vieira de Moraes, no primeiro ano de existência do projeto, duas promotoras – Rúbia Correia Coutinho e Cleide Maria Pereira – que tiveram papel importantíssimo na orientação dos aspectos jurídicos do projeto e também sobre a documentação necessária para o processo de mudança de nome e de sexo na certidão de nascimento.

Paralelamente, estávamos contando com a colaboração da psicóloga responsável pelo atendimento psicológico no Pronto-Socorro, Lucila de Souza Piva, que iniciou atendimento a dois pacientes com risco de suicídio por falta de vislumbrarem uma resolução para conflitos tão dolorosos quanto os gerados pelo distúrbio de identidade de gênero. Eram: A.S.A. (de masculino para feminino – MTF) e M.M.P. (de feminino para masculino – FTM). Como esta profissional era contratada pela

Fundação de Auxílio à Pesquisa da UFG (Funape), fizemos o convite para que fosse a psicóloga responsável pelo acompanhamento de todos os pacientes que estavam ingressando no programa neste momento. A princípio, ela declinou do convite, considerando difícil conciliar tal trabalho com a carga horária que já dedicava ao Pronto-Socorro. Após ser liberada dessas atividades, juntou-se ao grupo com disponibilidade total para o Projeto Transexualismo FM/HC/UFG, tendo sido, neste momento, contratada pela Fundação Hospital das Clínicas (Fundahc). Nessa mesma ocasião, a fonoaudióloga Waléria Cristina S. Veiga Rabelo e o otorrinolaringologista José Augusto Fleury Curado juntaram-se à equipe, na tentativa de trabalharem com a voz das pacientes MTF.

Um ano mais tarde, renovamos o convite para o professor Jalma Jurado que, por fim, operou V.A.S. Enquanto isto, os psicólogos voluntários foram obrigados a saírem do projeto por atividades outras que lhes consumiam todo o tempo, ficando somente a psicóloga Lucila de Souza Piva responsável pelo processo psicodiagnóstico e psicoterapêutico. Felizmente, também contamos com a ajuda de estagiários curriculares do último ano de Psicologia da Universidade Católica de Goiás, que, supervisionados por Lucila, ficaram responsáveis pelo psicodiagnóstico. Tivemos, ainda, a colaboração do professor Rodolfo Petrelli e de suas estagiárias, nos dois primeiros anos do projeto, com a aplicação do teste psicológico projetivo de Rorschach.

O grande desafio a ser vencido foi a falta de experiência que todos os participantes da equipe tinham a respeito do tema. À exceção do prof. Gilvan que já havia realizado, em Goiânia, uma cirurgia prévia de redesignação sexual (CRS), com autorização do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, nenhum dos outros membros estava familiarizado com a temática. Iniciamos, então, a busca de conhecimento por intermédio de discussões na equipe e de revisões bibliográficas.

Em 2001, juntou-se a nós o Dr. Aldair Novato Silva, importante figura que se agregou à equipe cirúrgica, fazendo com que as cirurgias se realizassem com maior rapidez e objetividade. Ele é, atualmente, o chefe da equipe cirúrgica para redesignação sexual. Também a Dra. Angélica Lomazzi, geneticista do Ambulatório Geral do HC/UFG, integrou-se no trabalho. Em 2003, dois residentes (ambos no último ano

de residência) – um da Urologia – Dr. Márcio Rodrigues Costa, e outro da Cirurgia Plástica, Dr. Marcelo Soares – mostraram-se interessados em fazer parte da equipe cirúrgica, integrando-se a ela.

No momento, a nossa equipe vem realizando as cirurgias de redesignação sexual (CRS), tanto em pacientes MTF quanto em FTM. No primeiro caso, a técnica utilizada para a vaginoplastia é a que recorta a glândula, mantendo o feixe vaso-nervoso, transformando-a em clitóris, utilizando a pele do pênis para a mucosa vaginal anterior e, ocasionalmente, parte da bolsa escrotal para a mucosa vaginal posterior. As complicações mais frequentes foram vagina curta (antes só usávamos a pele do pênis para a construção de toda neovagina) e estenose de uretra. No segundo caso, realizamos a primeira metoidioplastia no final de 2005, que apresentou como complicações fístula urinária perineal e extrusão da prótese testicular de silicone. A partir de então, utilizamos os pequenos lábios para a construção da parte fixa e da parte pendular do pênis (técnica aprendida com o Gender Team da Free University de Amsterdam), deixando a colocação da prótese testicular para seis meses após a construção da bolsa escrotal.

Atualmente, nossa equipe é composta também pelo professor Me. Claudinei Cândido Costa, otorrinolaringologista, que realiza a cirurgia para feminilização da voz e de remoção do pomo de adão em mulheres transexuais, e pela Ma. Maria Luiza de F. Póvoa, fonoaudióloga. Contamos, ainda, com a cooperação da enfermeira Ma. Rosa Azevedo da Luz para a realização da primeira consulta com os(as) pacientes.

A professora Dra. Maria Amélia Dias Pereira, psiquiatra, e os R2¹ de Psiquiatria são responsáveis pelo acompanhamento psiquiátrico de nossos(as) pacientes. A partir de 2013, pudemos contar com a ajuda da Dra. Cláudia Aparecida Mundim, endocrinologista, que está acompanhando as pacientes não operadas. Também naquele ano, ficou oficializado o auxílio nas cirurgias de redesignação sexual do R1 da Cirurgia Plástica. A partir de 2014, por resolução da Reunião Departamental do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, ficou definido que os R1 de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás acompanhariam o Ambulatório de Transexualidade vinculado ao Projeto.

¹ Sigla utilizada para designar os médicos residentes do segundo ano.

Objetivos do projeto

1. Propiciar diagnósticos de alterações endócrinas ou genéticas.
2. Oferecer acompanhamento endócrino e psicológico para crianças e adolescentes com DIG.
3. Identificar psicopatologias, por meio do diagnóstico clínico e de testes psicológicos, impeditivas de indicação cirúrgica.
4. Realizar acompanhamento psicoterapêutico individual e em grupo, antes e após a cirurgia.
5. Traçar o perfil psicológico do usuário visando à identificação de conflitos emocionais inerentes à condição transexual e de ordem existencial.
6. Diagnosticar malformações dos órgãos genitais.
7. Fornecer tratamento hormonal adequado.
8. Promover condições para que o usuário se insira nas relações sociais, efetivamente, por intermédio da psicoterapia e da cirurgia de redesignação de sexo.
9. Fornecer tratamento cirúrgico adequado.
10. Realizar preparo e acompanhamento psicológico pré, trans e pós-cirúrgico.
11. Oferecer respaldo médico, psiquiátrico e psicológico, para a mudança de registro civil, por meio de laudos e pareceres.
12. Realizar reunião mensal em equipe para discussão teórica e clínica.
13. Fornecer apoio psicoterápico às famílias e aos parceiros dos pacientes.

Equipe multiprofissional

Para atender aos objetivos propostos, a equipe conta atualmente com os seguintes profissionais:

1. Coordenadora:

Profª. Dra. Mariluz Terra Silveira – Médica psicóloga, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

2. Vice-coordenadora:

Dra. Siomara de Oliveira – responsável pelo Serviço de Psicologia do Projeto Transexualismo.

3. Psiquiatra:

Profª Dra. Maria Amélia Dias Pereira – Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal.

4. Endocrinologista:

Dra. Cláudia Aparecida Mundim – Departamento de Clínica Médica.

5. Urologista:

Prof. Dr. Gilvan Neiva Fonseca – Professor de Urologia do Departamento de Cirurgia.

6. Geneticista:

Dra. Angélica Lomazzi – Ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

7. Cirurgião Plástico:

Dr. Marcelo Soares – Departamento de Ortopedia, Traumatologia e Cirurgia Plástica.

8. Ginecologista:

Dr. Aldair Novato Silva – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

9. Enfermeira:

Enfª. Ma. Rosa Azevedo da Luz.

10. Otorrinolaringologista:

Prof. Me. Claudinei Cândido Costa.

11. Fonoaudióloga:

Ma. Maria Luiza de F. Póvoa.

Definição e seleção de pacientes

Os pacientes interessados em ingressar no programa devem ser diagnosticados como portadores de transtorno de identidade de gênero e satisfazer aos critérios estabelecidos pela resolução CFM n° 1.955/2010, conforme descrito a seguir:

1. A definição de transexualismo obedece, no mínimo, aos critérios seguintes:

1.1 Desconforto com o sexo anatômico natural.

1.2 Desejo expresso de eliminar os genitais, de perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto.

1.3 Permanência desse distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos.

1.4 Ausência de outros transtornos mentais.

2. A seleção dos pacientes para cirurgia de redesignação sexual (CRS) obedecerá à avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social, obedecendo aos critérios subsequentes, após dois anos de acompanhamento conjunto:

2.1 Diagnóstico médico de transexualismo.

2.3 Maior de 21 anos.

2.4 Ausência de características físicas inapropriados para a cirurgia.

2.5 Ausência de transtorno(s) mental(is) impeditivo(s) de realização da cirurgia.

3. Além disso, são requeridos os seguintes documentos:
 - 3.1 Consentimento da cirurgia, informado por escrito, com o detalhamento da proposta cirúrgica e dos resultados esperados.
 - 3.2 Pareceres psicológico e psiquiátrico, com indicação da realização da referida cirurgia.
 - 3.3 Nome do responsável técnico pelo ato cirúrgico, inscrito no CRM-GO.
 - 3.4 Revisão das normas estipuladas pelos conselhos de classe, bem como do Ministério da Saúde.

Procedimentos

- 1ª Etapa: o candidato à cirurgia de redesignação de sexo será cadastrado pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, independentemente do estado ou da cidade de origem, e encaminhado à coordenadora do projeto.
- 2ª Etapa: será agendada uma entrevista inicial com a enfermeira do projeto, na qual o paciente será informado sobre as normas e os procedimentos para sua inserção e permanência no projeto.
- 3ª Etapa: encaminhamento ao Serviço de Psicologia do Projeto de Transexualismo, para entrevista inicial e fechamento de contrato de atendimento envolvendo as seguintes etapas: primeiramente, período avaliativo (psicodiagnóstico); e, após, início de processo psicoterapêutico individual, semanal, num período mínimo de dois anos, podendo este ser estendido, se necessário.
- 4ª Etapa: encaminhamento ao Serviço Social.
- 5ª Etapa: encaminhamento à Psiquiatria.
- 6ª Etapa: encaminhamento à Endocrinologia para avaliação, com vistas à hormonização, para início, caso não faça uso, ou para adequação e manutenção, se já faz uso de hormônios.

- 7ª Etapa: emissão de laudos e pareceres, ao final de dois anos, pela Psicologia e pela Psiquiatria, com indicação da cirurgia de redesignação sexual (CRS).
- 8ª Etapa: encaminhamento às clínicas de Cirurgia Plástica e de Ginecologia para avaliação das condições cirúrgicas.
- 9ª Etapa: cirurgia de redesignação sexual (CRS), após o mínimo de dois anos de acompanhamento pela Equipe.
- 10ª Etapa: acompanhamento clínico, sistematicamente, pela Psicologia e pela Coordenação.

Obs.: a psicoterapia, após a alta médica, é indicada para todos os casos e somente será suspensa se o indivíduo assim o desejar ou evadir-se do Projeto.

Considerações finais

Durante esses anos, muitas pessoas colaboraram para o fortalecimento do projeto. Algumas se foram, outras estão chegando. Apesar de não termos contato com alguns, é nossa obrigação reconhecer que, sem suas contribuições, jamais alcançaríamos tão bons resultados.

Muitas foram as dificuldades que enfrentamos, entre as quais podemos citar:

1. Falta de experiência com a técnica cirúrgica, inicialmente.
2. Falta de horário no centro cirúrgico para realização das cirurgias.
3. Disponibilidade de horário compatível dos cirurgiões.
4. Falta de recursos para pesquisa.
5. Falta de recursos físicos para atendimento adequado da população.
6. Número insuficiente de profissionais de Saúde que se interessem pelo tema.
7. Dificuldade de horário comum para reunião da equipe.
8. Desvalorização do trabalho realizado pela equipe.

9. Ignorância da comunidade científica.
10. Dificuldade de compreensão, por parte da clientela, de que complicações podem ocorrer, apesar de todos os esforços realizados.

Por outro lado, foram obtidas conquistas significativas, tais como:

1. Pequeno horário, no centro cirúrgico, suficiente para fazer as cirurgias de retoque (segundo tempo).
2. Dedicção da equipe cirúrgica, que suspende qualquer atividade para estar presente na cirurgia.
3. Solidariedade dos profissionais do Hospital das Clínicas.
4. Internação na enfermaria do gênero.
5. Cuidado, por parte dos profissionais, de não causar embaraço aos pacientes, respeitando o uso do nome social.
6. Leitos na clínica cirúrgica.
7. Interesse por esclarecimento científico sobre o tema.
8. Respeito pelo projeto.

Tendo em vista a melhora contínua do projeto, várias são as metas a atingir, sendo as principais:

1. Pesquisas multicêntricas sobre os vários aspectos da transexualidade.
2. Consenso dos profissionais brasileiros que trabalham com DIG sobre protocolo de atendimento.
3. Promoção de campanhas de esclarecimento à população a respeito da condição transexual.
4. Promoção da união entre profissionais brasileiros em torno da aprovação de projeto de lei que torna automática a mudança do nome e do sexo em pacientes submetidos à cirurgia de redesignação sexual.

Por fim, podemos concluir enfatizando que é extremamente gratificante a forma como profissionais de Saúde podem interferir de maneira tão positiva na vida dessa população. As histórias de cada um têm características de muito sofrimento. Já é hora de a comunidade científica brasileira se dar conta de que, apesar de rara, a transexualidade é uma condição que precisa e pode ser modificada. É momento de deixar cair o véu da ignorância e agir como cientistas em busca de soluções definitivas para reduzir a situação trágica em que vivem essas almas aprisionadas em corpos inadequados.

Referência

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.955/2010. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 set. 2010. Seção 1, p. 109-110. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1955_2010.htm>. Acesso em: 22 out. 2014.

Bibliografia

TRANSEXUALIDADE e Saúde Pública no Brasil. Documento de conclusão da I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Saúde: a assistência pública no Brasil. Rio de Janeiro, set. 2005. Disponível em: <www.ims.uerj.br/transexualidadesaude/documento_final.htm>. Acesso em: 5 out. 2015.

Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais: cinco anos de desafios e realizações

Maria Clara Gianna

Nascimento de um serviço pioneiro

O Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP, da Secretaria da Saúde de São Paulo, inaugurou, em junho de 2009, em suas dependências, o primeiro ambulatório voltado exclusivamente à Saúde Integral de Travestis e Transexuais do País, com ênfase no processo transexualizador do Sistema Único de Saúde (SUS), voltado às necessidades desta população. Ao longo de seus cinco anos de existência, matriculou e acompanha 3 mil pacientes, sendo que 45% deles são provenientes de outras cidades e outros estados.

É importante ressaltar que, com o surgimento da epidemia de aids, a partir de 1982, um número crescente de travestis e transexuais passou a frequentar serviços responsáveis pela assistência aos portadores do HIV e de outras DSTs. Até então, o acesso desta população a serviços públicos de Saúde no Estado de São Paulo era muito aquém das necessidades, e ficava restrito a situações de urgência.

Desde 2000, o Programa Estadual de DST/Aids-SP (PE DST/Aids-SP) vem adotando o respeito à diversidade sexual como um eixo transversal na implantação de suas políticas, reconhecendo a discriminação como um fator de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e por outras doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Em 2009, o então secretário da Saúde, Luiz Roberto Barradas Barata, que sempre enfatizou o respeito à diversidade sexual nas políticas públicas de saúde, definiu, com o apoio das áreas técnicas da Secretaria Estadual da Saúde – em especial, o CRT DST/Aids-SP, instituição identificada como a mais sensível e apta para incorporar essa tarefa neste momento inicial –, que as decisões da I Conferência Estadual GLBT, realizada em 2008, fossem imediatamente postas em prática, o que incluiu a criação de um serviço específico para esse grupo.

Para a criação do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais, a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) levou em consideração a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, instituída pela Portaria MS/GM nº 675, do Ministério da Saúde, de 31 de março de 2006. Esta 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).

Várias medidas foram adotadas antes e durante o processo de implantação do ambulatório: o estabelecimento de parcerias institucionais para garantir a ampliação do número de cirurgias de modificações corporais para adequação à identidade de gênero; e a estruturação de referência para procedimentos para retirada de silicone industrial. O principal diferencial do ambulatório foi a inclusão da população de travestis nos procedimentos de adequação à identidade de gênero e o acesso dos homens trans ao Processo Transexualizador.

A localização do ambulatório dentro de um serviço de HIV/aids foi discutida com parceiros dos movimentos LGBT estadual e nacional, usuários do serviço, travestis e transexuais, associações de transgêneros, profissionais com experiência nesta área, a fim de não reforçar a discriminação já existente. A maioria optou pela instalação do serviço nesse local, conhecido por sua experiência em acolher a população respeitando-se sua diversidade.

Para regulamentar o atendimento específico a travestis, mencionado anteriormente, no que diz respeito à adequação à identidade de gênero, foram realizadas discussões com o Conselho Regional de Medicina, que culminou na elaboração e na publicação de uma Resolução (Cremesp nº 208, de 27 de outubro de 2009) que garante o respaldo ético e legal, junto à comunidade médica, para o atendimento dessa população. A partir desta Resolução, o CRT DST/Aids-SP publicou um protocolo de cuidados à saúde integral para travestis (Portaria CCD/CRT nº a-1, de 27 de janeiro de 2010).

A criação do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (ASITT) veio ao encontro de orientações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, que consideram que a proteção do direito à livre orientação sexual e

à identidade de gênero não é apenas uma questão de saúde pública, mas envolve também questões pertinentes à saúde mental e à atenção a outras vulnerabilidades que afetam esses segmentos. Uma das principais estratégias para a garantia do acesso aos serviços é o combate à homofobia e à transfobia.

Quem somos e o que fazemos

Logo no primeiro ano, aproximadamente 850 usuários foram atendidos e matriculados. Hoje, cinco anos depois, o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (ASITT) conta com cerca de 3 mil pacientes matriculados, entre os quais 30% são travestis e 70%, transexuais.

O ASITT dispõe de uma equipe multiprofissional. No local, são oferecidas várias modalidades de atendimento: acolhimento, aconselhamento (adoção de medidas de autocuidado, redução de danos em relação à hormonioterapia e ao uso de silicone), avaliação e acompanhamento em várias especialidades: Clínica Geral, Endocrinologia, Ginecologia, Proctologia, Urologia, Saúde Mental (Psiquiatria, Serviço Social e Psicologia) – em especial, aos que desejam as cirurgias de redesignação sexual – além de Fonoaudiologia.

O acolhimento inicial é realizado por psicólogos ou assistentes sociais; e, muitas vezes, pelo próprio clínico geral, quando o primeiro atendimento se dá por uma demanda que não seja o Processo Transexualizador.

A qualidade do acolhimento, o sigilo, a privacidade, o respeito à diversidade de gênero, a ausência de julgamento e a garantia do uso do nome social em prontuários e fichas de cadastro são princípios que norteiam os atendimentos, propiciando a formação de bons vínculos, elemento fundamental para adesão do profissional e do serviço.

A equipe multiprofissional leva em consideração a complexidade do universo dessa população, que, para além do sofrimento psíquico causado pelo sentimento de inadequação entre o gênero biológico/anatômico, sofre também com o preconceito e as rejeições familiar e social. Nesse sentido, o acompanhamento psicológico tem sido

um suporte importante para a elaboração de processos internos de autoaceitação dos pacientes, sendo necessário para sua inserção na sociedade e na busca pelo direito de estar no mundo vivendo exatamente como é.

Os atendimentos psicológicos podem ser individuais ou em grupo. Um plano individual de acompanhamento é construído com a participação do próprio paciente. Atualmente, além de psicoterapia individual, o serviço dispõe de grupos de acolhimento e de informação para os recém-chegados. A partir deste grupo, define-se o tipo de acompanhamento mais indicado: psicoterapia em longo prazo, consultas terapêuticas pontuais ou mesmo terapia de manutenção. A “Roda de Conversa com transexuais”, oferecida desde setembro de 2010, é um recurso que promove a convivência e o fortalecimento de redes sociais. Até o momento, quase três mil usuários, entre estes 107 familiares e parceiros dos usuários(as), participaram desta atividade. Trata-se de um espaço para discussão das vivências dos transexuais, onde se consideram aspectos afetivos e sociais, angústias e inseguranças dos participantes; com foco no diálogo e na elaboração das experiências relacionadas à sexualidade, seus projetos de vida e sua relação com o mundo e, portanto, com efeito terapêutico.

O psiquiatra é responsável pelo diagnóstico da condição transexual, utilizando as diretrizes da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), fazendo distinção de outras variantes de gênero, e verifica ainda a presença de possíveis comorbidades psiquiátricas (por exemplo, estados psicóticos, demências, retardo mental e transtornos da personalidade) que podem comprometer a capacidade de construção de uma autoidentidade. Esses cuidados visam a encaminhamentos mais adequados aos processos de transformação corporal, como o tratamento hormonal e, especialmente, a cirurgia de transgenitalização – que, uma vez feita, é irreversível e pode representar risco de iatrogenia grave em caso de erro diagnóstico.

Esse especialista também acompanha os pacientes e faz intervenções no sentido de buscar alívio para o sofrimento decorrente da incongruência de gênero, contribuindo para a minimização dos prejuízos psicossociais associados. É importante esclarecer que um

transtorno psiquiátrico não corresponde exatamente ao conceito convencional de doença e não é sinônimo de incapacidade mental ou de alguma forma de loucura, crenças que, muitas vezes, levam as pessoas a rejeitarem os diagnósticos psiquiátricos, por medo de preconceito e discriminação.

O acesso ao atendimento médico inicia-se com o clínico geral, a fim de identificar alguma demanda de saúde específica. Exames iniciais consentidos (HIV, hepatites B e C e sífilis) são realizados a fim de se obter um perfil da saúde do usuário. O acesso à endocrinologia para início da hormonioterapia ocorre após avaliação com psicólogo ou psiquiatra. As orientações quanto aos efeitos colaterais provenientes do uso de hormônios são um tema discutido já nos primeiros atendimentos de acolhimento grupal. O paciente assina um termo de responsabilidade sobre o uso de hormônios, seus efeitos, suas consequências e seu impacto social. Cabe ao endocrinologista esclarecer dúvidas sobre o uso das medicações e acompanhar os usuários em consultas regulares. Quem deseja realizar as cirurgias de modificação corporal necessita de avaliação psiquiátrica e psicológica, além de acompanhamento multiprofissional por, pelo menos, dois anos, como determina o Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 1.955/2010).

São encaminhadas, aos ginecologistas, mulheres trans com neovagina e homens trans que ainda não retiraram mamas e útero, para exames de rotina. O urologista, por sua vez, realiza avaliações relacionadas a intercorrências genito-urinárias (infecção urinária, alterações prostáticas, disfunção erétil), traumas relacionados às práticas e/ou às violências sexuais, diagnósticos diferenciais, ações de prevenção das neoplasias renais, vesicais e, principalmente, as penianas e as prostáticas, e prevenção e tratamento das DSTs. Um proctologista diagnostica e trata doenças relacionadas às práticas sexuais anais. Fornece, também, informações sobre prevenção à saúde anal e às neoplasias anorretais, e realiza anoscopia e citologia oncológica.

Os usuários que desejam adequar seu tom de voz à identidade de gênero dispõem da assistência de uma fonoaudióloga, que os auxilia na modulação da voz. Esta utiliza recursos poéticos para trabalhar tons femininos e masculinos da voz, de forma natural, sem danos ao

aparelho fonador. Antes de iniciar o processo, o usuário é encaminhado ao otorrinolaringologista para verificar possíveis alterações nas pregas vocais.

Os primeiros meses do ASITT demandaram um intenso trabalho de integração da equipe diante de um tema novo e desafiador. Foram muitos e intensos os debates entre os profissionais que compõem a equipe, para alinhamento de condutas e referências. Foi preciso sensibilizar a população que frequenta o núcleo de DST e o Centro de Testagem e Aconselhamento para a chegada de mais um serviço e de sua diversificada clientela.

Os profissionais tiveram de atualizar seus conhecimentos, por meio de cursos, leituras de livros e artigos, para dar conta da nova empreitada. Um dos maiores desafios da equipe multiprofissional foi, e continua sendo, compreender, de forma global, os diferentes conceitos que estão imbricados no contexto da transgeneridade, que englobam a transexualidade, a travestilidade, a orientação sexual, a interessesexualidade, a identidade de gênero, entre outros, abarcando várias áreas do conhecimento, que vão da Medicina à Antropologia, respeitando os diversos olhares, dentro e fora da equipe de trabalho.

Para além das teorias, no dia a dia do atendimento, os profissionais tiveram de encarar e superar seus próprios preconceitos e crenças com relação às pessoas transgêneras (transexuais, travestis, *crossdressers*), cuja diversidade e pluralidade ultrapassam o que os técnicos conheciam a respeito desta população.

Independentemente de ocasionais divergências teóricas, existe um consenso entre os profissionais: é preciso fazer algo por essas pessoas no que concerne à produção de conhecimento científico e a tentar encontrar modos de auxiliá-los a diminuir o sofrimento e a estimular o desenvolvimento de suas capacidades, muitas vezes emperradas por dificuldades íntimas quanto à incongruência de gênero e sexo biológico e, também, ao estigma por parte de familiares e sociedade.

Neste momento, o ASITT tem se dedicado intensamente à construção de novos modelos assistenciais, produção de tecnologias e intensificação de capacitação para profissionais de Saúde com vistas à abertura de novos serviços para esta população.

Nossa clientela e suas principais demandas

A grande maioria de nossos usuários fez apenas o ensino médio ou fundamental. Sua subsistência está vinculada à prestação de serviços em áreas ligadas à higiene e à beleza (cabeleireiro(a), manicure), à saúde (acompanhante/cuidador), a vendas (*telemarketing*) e a outras atividades autônomas. Grande parte das travestis vive de atividades ligadas à prostituição. Já entre as transexuais, observamos que a maior parte delas depende do suporte familiar, em função da dificuldade em obter trabalho, e apenas uma parcela mínima dedica-se à prostituição.

Ao longo de cinco anos, notamos que 100% das mulheres transexuais desejam tratamento hormonal e mudança de nome para melhor inserção social e 90% desejam a cirurgia de redesignação sexual ou a genitoplastia (retirada do pênis e construção da neovagina). Além disso, demandam a colocação de prótese de mamas e a feminização da face, que inclui a redução do pomo de adão. Até o momento, cinco mulheres já realizaram a cirurgia de redesignação sexual no Hospital das Clínicas (FMUSP), por intermédio de nosso serviço. Para 2015, estão previstos mais três procedimentos.

Já os homens transexuais almejam procedimentos cirúrgicos que incluem a mastectomia (retirada bilateral das mamas), a histerectomia total (retirada do útero, dos ovários e das trompas de Falópio) para interrupção da menstruação, além de hormonioterapia para o desenvolvimento das características sexuais masculinas (barba, engrossamento da voz e ganho de massa muscular).

Encontram-se cadastrados, no ASITT, cerca de 130 homens trans. Destes, nove realizaram algum procedimento cirúrgico em serviços públicos parceiros. A procura pela neofaloplastia é relativamente pequena. Os homens transexuais, muitas vezes, sentem-se satisfeitos com a mastectomia e pan-histerectomia, além do tratamento hormonal. Quando desejam alguma forma de transgenitalização, preferem a metoidioplastia – procedimento cirúrgico que consiste em cortar ligamentos que prendem o clitóris ao corpo, criando um pequeno falo. Este pode ser aumentado por meio de estimulação manual e do concomitante uso de hormônios.

Um fator de sofrimento para os homens trans é a dificuldade em realizar a mastectomia em serviços públicos. Para ocultar as mamas, em geral, eles usam faixas apertadas que podem, em longo prazo, acarretar problemas circulatórios, dermatológicos e respiratórios.

As travestis, por sua vez, reivindicam: depilação a laser e próteses de silicone nas mamas, nas nádegas e nos quadris; raspagem do pomo de adão e mudança de voz, seja pelo uso de hormônio ou pela fonoterapia, além do uso de hormônio em si; e também o tratamento de complicações do uso de silicone industrial. Em nosso serviço, nenhuma travesti solicitou cirurgia de mudança de sexo.

Até o momento, cerca de 300 usuárias com esse tipo de complicações foram encaminhadas ao Hospital Estadual de Diadema, instituição parceira para esse tipo de demanda. Outras fazem seguimento no ASITT e apresentam queixas diversas: dificuldade de deambulação pelo edema causado pela migração do silicone industrial para os membros inferiores, dores pela dificuldade circulatória decorrente também da migração do produto para outras regiões do corpo, úlceras, infecções, nódulos e alterações significativas, tanto na coloração quanto em sua elasticidade da pele. É importante ressaltar que, em casos mais graves, o silicone industrial pode cair na circulação e provocar embolia, como a pulmonar, com risco de morte.

O sofrimento psíquico decorrente do uso indevido de silicone industrial atinge uma parcela considerável da população atendida no ASITT. No caso das travestis profissionais do sexo, a perda da autoimagem e da autoestima acaba por comprometer sua atuação e a disputa pela clientela no mercado sexual.

Além das demandas hormonais e corporais, a mudança do nome nas instâncias judiciais é uma reivindicação frequente da população transexual. A disparidade entre o nome de registro civil e a aparência física é motivo de discriminação e acusação de falsidade ideológica, que podem levar ao isolamento social, à evasão escolar, ao desemprego e ao distanciamento dos serviços de saúde. Essa situação pode levar à depressão e à drogadição, fatores importantes de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e por outras DSTs.

Nesse sentido, a possibilidade de alteração do nome antes da cirurgia de readequação da genitália, ou mesmo sem a realização desta, é um grande avanço para a promoção da saúde integral da pessoa trans. Infelizmente, muitos juízes condicionam a alteração da identidade civil à cirurgia. O tempo de espera para a realização da cirurgia, que pode chegar a 15 anos, é motivo de grande sofrimento, já que o documento de identidade é exigido com frequência para o acesso a vários lugares e instituições. É importante ressaltar que a Constituição prevê a mudança do nome em situações de constrangimento para o cidadão. No CRT DST/Aids-SP, o uso do nome social do usuário nos prontuários e nas chamadas para consulta já estavam incorporadas ao atendimento, antes mesmo da criação do ambulatório.

Para agilizar a mudança de nome, contamos com a assistência voluntária de uma advogada da ONG SOS Dignidade. Até o momento, foram obtidas, aproximadamente, 130 sentenças judiciais favoráveis à mudança de nome, sem a exigência de cirurgia de redesignação sexual.

Vulnerabilidades, riscos e fatores de resiliência

As vulnerabilidades, riscos e fatores de resiliência observadas em nosso serviço corroboram estudos internacionais. De fato, o sofrimento decorrente da incongruência entre o sexo biológico e a identidade de gênero pode prejudicar o indivíduo de várias formas. A dificuldade de manejo da condição transexual reflete-se nos vários aspectos da vida, podendo provocar isolamento social diante da autopercepção de inadequação, reforçada por repetidas situações de constrangimento no convívio familiar e social. Pode, ainda, trazer prejuízo à vida escolar e à escolha de profissões não desejadas, devido ao baixo poder aquisitivo e às situações de *bullying*.

Verifica-se, também, que o uso indiscriminado de hormônios sexuais, sem orientação médica, leva a população trans a colocar sua saúde em risco. A grande maioria dos indivíduos que ingressam em nosso serviço, mulheres transexuais ou travestis, já usam hormônios sexuais, adquiridos e utilizados por conta própria, com orientação de outra transexual ou travesti de seu círculo de convívio social. É preocupante o fato de elas utilizarem altas doses de hormônio, sem noção de risco.

De modo geral, observamos que as prevalências de uso de drogas ou problemas relacionados ao consumo de álcool são baixas em nosso serviço. Verificamos, também, que em relação ao risco de suicídio, o desejo de morrer é frequente, porém, são raras as tentativas concretas de suicídio.

Podemos constatar, nos atendimentos realizados em nosso serviço, que o apoio familiar, o suporte social e a estabilidade emocional dos indivíduos são fatores de proteção e resiliência significativos no enfrentamento das adversidades e dos preconceitos que fazem parte da realidade desta população. Outro fator de proteção observado é a construção e a manutenção de rede social estável, onde as pessoas possam expressar-se de forma autêntica e coerente com seus sentimentos e sua orientação de gênero.

A psicoterapia (individual ou de grupo) pode, igualmente, ser um fator de proteção, uma vez que é capaz de auxiliar o indivíduo a elaborar seus conflitos, seus problemas relacionados a preconceitos e agressões vivenciadas em seu cotidiano.

Serviços de saúde, a exemplo do ASITT, têm, sem dúvida, papel decisivo na promoção da saúde integral desta população, no atendimento de suas necessidades adaptativas e fortalecimento pessoal, tornando-a menos vulnerável a comportamentos de risco.

Conquistas e marcos legais

Quando se pensa na atenção à saúde da população LGBT, é necessário apontar o pioneirismo dos Programas de Aids no que se refere ao enfrentamento desta epidemia, com uma parcela desta população (gays e travestis, prioritariamente) drasticamente acometida pela doença no início da década de 1980. Isto se deu nos três níveis da gestão e pode-se afirmar que, no Estado de São Paulo, houve um esforço efetivo não só para garantir acesso ao tratamento e à prevenção da infecção pelo HIV, mas também no sentido de diminuir o preconceito e a discriminação em relação a essas populações, objetivando atuar sobre suas vulnerabilidades. Propiciar processos de sensibilização e de formação para os profissionais da Saúde, com vistas a prepará-los

melhor para lidar com a diversidade humana, de forma respeitosa e acolhedora, foi uma das estratégias que balizaram a ação do Programa Estadual DST/Aids-SP.

No âmbito nacional, a Política de Humanização (2003) já trazia elementos que apontam para o respeito às diversidades dos usuários do SUS e a necessidade de desenvolver estratégias de inclusão e acolhimento de grupos e segmentos marginalizados e estigmatizados em nossa sociedade. A Carta de Direitos dos Usuários do SUS (2006) foi elaborada pelo Ministério da Saúde e já reconhecia os direitos dessa população, bem como incentivava sua aplicação, incluindo aí o respeito e a utilização, nos serviços de saúde, do nome social para travestis e transexuais.

O Processo Transexualizador que prevê as cirurgias de transgenitalização para transexuais foi instituído e regulamentado pelo Ministério da Saúde, no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, e da Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008, posteriormente complementado por meio da Resolução do Conselho Federal de Medicina – Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010 (regulamenta a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplasia e procedimentos complementares). Este documento estabelece que a seleção dos pacientes para a cirurgia será avaliada por equipe multidisciplinar, por dois anos, e fixa em 21 anos a idade para o procedimento.

No que se refere ao Estado de São Paulo, é importante lembrar que, a partir da criação do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (ASITT), um canal de comunicação entre a população usuária do serviço e as instituições que possuem poder e responsabilidade sobre a condução das políticas públicas de saúde foi constituído; e as demandas, até então dispersas e pouco visíveis, puderam então ser sistematizadas e encaminhadas para discussão e deliberação.

Nesse sentido, podemos citar algumas decisões e normatizações que ocorreram em decorrência desse processo. A resolução do Conselho Regional de Medicina nº 208, de 27 de outubro de 2009 (antecedeu a resolução do CFM) foi fundamental para oficializar e normatizar o atendimento às populações transgêneras em nosso ambulatório. Esta resolução consta de cinco artigos, que asseguram a essa população

atendimento integral à saúde (médico, psicossocial, psiquiátrico, psicoterapêutico), além de nome social nos serviços de saúde do Estado de São Paulo, independentemente do nome em registro civil.

Em 2010, o decreto do governo do Estado de São Paulo (nº 55.588, de 17 de março de 2010) dispôs sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos órgãos públicos do estado, assegurando à população transgênera o direito à escolha de tratamento nominal, nos atos e nos procedimentos realizados no âmbito da administração direta e indireta do Estado de São Paulo.

A elaboração e a publicação de um protocolo de cuidados à saúde integral para travestis (Portaria CCD/CRT nº a-1, de 27 de janeiro de 2010) propiciou respaldo para a ação profissional (principalmente no que se referia à prescrição de hormônios) e, ao longo dos anos, vem servindo de referência para profissionais, nos mais diversos serviços do Estado de São Paulo (e até mesmo de outros locais do País), que desejam iniciar um atendimento dirigido a essa população.

Paralelamente, a experiência concreta do trabalho da equipe multiprofissional que compõe o ASITT vem proporcionando oportunidades de aprendizado contínuo, de reflexão sistemática e de compartilhamento do conhecimento acumulado com outros serviços da rede SUS, bem como com pesquisadores vinculados a diversas universidades do País, além das organizações não governamentais e associações de travestis e transexuais.

Fundamental, ainda, lembrar a publicação da Portaria do Ministério da Saúde no 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde. A coordenação do ASITT participou ativamente do processo de revisão da portaria anterior, com outros serviços de referência para o Processo Transexualizador no SUS, e a experiência acumulada no ambulatório pode servir de base para algumas das decisões que foram tomadas e que avançaram no sentido de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção dispensada, agora não mais somente aos transexuais (femininos e masculinos), mas também às travestis.

O desafio do Estado de São Paulo passou, agora, a ser a ampliação e o aprimoramento da rede de atenção à saúde e a elaboração da linha de cuidado para transexuais e travestis. O Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais torna-se estratégico para a viabilização deste processo, ou seja, para contribuir na formação dos profissionais de novos serviços que surgirão ou mesmo na incorporação dessa população naqueles já existentes.

Mais recentemente, e como desdobramento das deliberações da 2ª Conferência Estadual LGBT (realizada em 2011) e em atenção ao previsto na Política Nacional de Saúde Integral LGBT (publicada pelo Ministério da Saúde também em 2011), foi implantado, no âmbito da SES, o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT (Resolução SS-124, de 26 de novembro de 2013), cujas atribuições passam por implantar a política nacional no âmbito do estado, elaborando propostas de intervenção que tenham como base o princípio da equidade e que envolvam os diversos programas de atenção em saúde, bem como os diferentes níveis de complexidade do sistema (primária, secundária e terciária). Certamente, as demandas e as necessidades das travestis e dos transexuais merecerão atenção especial neste espaço, e a experiência acumulada no ASITT será fundamental e estratégica para que essa articulação técnica, que iniciou seus trabalhos em abril de 2014, consiga atingir seus objetivos e suas metas.

Considerações finais

Opioneirismo desse serviço – que ousou assumir a responsabilidade de prestar serviço de atenção à saúde a uma população, até então, praticamente invisível e desassistida em suas necessidades específicas – tem possibilitado o acúmulo de conhecimentos e experiências concretas que, certamente, estão contribuindo para a construção de um sistema de Saúde mais acolhedor para pessoas com identidades de gênero diversas no Estado de São Paulo. A atenção cotidiana a essa população tem nos permitido entrar em contato com realidades e contextos de vida que requerem, a todo o momento, reflexão e revisão de conceitos, condutas, fluxos e elaboração de novos protocolos. Trata-se de um processo dinâmico e altamente motivador.

O aspecto dinâmico deve-se, em parte, à convivência cotidiana com o novo, aliado ao desafio da intervenção multidisciplinar – onde várias áreas do conhecimento encontram-se e apresentam olhares diversos sobre essa população e suas demandas. O embate de ideias e a busca por consensos são um desafio constante, com enorme potencial reflexivo, transformador e gerador de novos aprendizados.

Nesses cinco anos, o ambulatório tem cumprido e avançado em sua proposta de ser um serviço de referência para a população de travestis e transexuais no Estado de São Paulo, ao mesmo tempo em que tem acompanhado e protagonizado mudanças significativas na proposição de políticas públicas de atenção a essa população. Vale ressaltar o direito ao uso do nome social, a revisão do Processo Transsexualizador no SUS e o acesso ao acompanhamento hormonal por meio do serviço público de saúde.

Para os próximos anos, há enormes desafios a serem enfrentados, que exigirão esforços concentrados e articulados nos três níveis da gestão (federal, estadual e municipal).

Ao olhar para um contexto mais amplo das políticas públicas de saúde, no âmbito do Estado de São Paulo, temos, de um lado, a presença do recém-criado Comitê de Saúde Integral da população LGBT e, de outro, a necessidade de operacionalizar as determinações da recente portaria ministerial que regula o Processo Transsexualizador no SUS. Pode-se, assim, considerar que há canais formais estabelecidos e necessidades concretas que precisam e devem ser articulados para a continuidade desse processo.

Entre os desafios, está a necessidade urgente de ampliação da rede de atenção especializada, onde a experiência do ASITT deve ser considerada não como modelo único a ser replicado, mas como possibilidade concreta de resposta que pode ser adequada às diferentes realidades regionais ou municipais. Paralelamente, é preciso investir na sensibilização e na instrumentalização da rede como um todo, no que se refere ao direito dessas pessoas a terem acesso a uma atenção em saúde acolhedora, livre de preconceito, julgamentos morais e práticas discriminatórias. O respeito ao nome social e sua incorporação efetiva, tanto no âmbito relacional como nos registros internos dos

equipamentos de saúde, necessitam ser amplamente divulgados e sua estratégia de implantação deve, urgentemente, ser definida.

No nível terciário da atenção, o acesso às cirurgias de transexualização e a todos os demais procedimentos previstos na portaria que regulamenta o Processo Transsexualizador é ainda bastante restrito e sabidamente insuficiente para atender a demanda. Temos, no Estado de São Paulo, uma única referência cadastrada para essa função e que acaba, devido à escassez de referências no País, por absorver um número expressivo de pessoas vindas de outras regiões do Brasil. Assim, é urgente buscar estratégias para ampliar essas referências em âmbito estadual e nacional e, concomitantemente, investir na formação de novos quadros qualificados para atender a essa demanda.

Há, ainda, um vasto campo para investimento em pesquisas, tanto no que se refere a ampliar o conhecimento em relação ao perfil sociodemográfico dessas pessoas, sobre seu perfil epidemiológico, como em relação a seus comportamentos e suas práticas. Conhecer suas expectativas em relação à saúde e à qualidade de vida será fundamental para a elaboração de propostas de intervenção e de cuidado que venham ao encontro de suas reais necessidades e contribuam para a garantia do seu direito à saúde e à cidadania plena.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, 2006. 8 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios01.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html>. Acesso em: 22 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html>. Acesso em: 22 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2003. Documento para Discussão. (Série B.

Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.955/2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 set. 2010. Seção 1, p. 109-110. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1955_2010.htm>. Acesso em: 22 out. 2014.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Resolução CREMESP nº 208, de 27 de outubro de 2009**. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Legislacao&id=524>>. Acesso em: 22 out. 2014

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Saúde Pública: Portaria estabelece normas para o atendimento de travestis e transexuais. **Jornal do CREMESP**, São Paulo, edição 269, p. 7, abr. 2010. Disponível em <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1280>>. Acesso em: 22 out. 2014.

SÃO PAULO (Estado). Assembléia Legislativa. **Decreto nº 55.588, de 17 de março de 2010**. Dispõe sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos órgãos públicos do Estado de São Paulo e dá providências correlatas. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2010/decreto-55588-17.03.2010.html>>. Acesso em: 22 out. 2014.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS- 124, de 26-11-2013. Institui Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT e dá providências correlatas. **Diário Oficial Estado de São Paulo**, São Paulo, SP, 27 nov. 2013. Seção 1. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.nov.13/lcls224/E_R-SS-124_261113.pdf>. Acesso em: 22 out. 2014.

Parte IV

Gestão Desafios da construção de uma política pública para promoção da equidade em saúde para a população de travestis e transexuais

Transfobia: como vencer uma herança do Brasil colonial e uma marca da ditadura?

Symmy Larrat

A prática transfóbica está no DNA do Estado Brasileiro e cabe aos governos institucionalizar uma prática diferenciada que promova a equidade entre direitos de pessoas cisgêneras¹ e pessoas trans. Não tivemos uma ruptura radical nem com a cultura imposta pelos jesuítas na colonização do País nem com a ditadura e suas práticas de tortura e segregação. A transfobia está institucionalizada e, apesar dos avanços advindos da democratização do País e, em especial, nos dez últimos anos, com o advento de inúmeros projetos de inclusão social e redistribuição de renda, observa-se que estes não impactaram, de forma contundente, na população de travestis e transexuais no Brasil.

O Brasil tem, em sua história, o uso da violência a populações indígenas, negras, pessoas de baixa renda, homossexuais e transexuais. Tal prática remonta da era colonial e perdurou ganhando proporções absurdas, na época da ditadura, com a militarização da segurança. Tal herança está disseminada nas delegacias comuns, é praticada tanto por policiais civis como militares que, cotidianamente, tratam pessoas trans como seres híbridos ou como subversivos, negando-lhes o direito de exercer sua identidade de gênero. Assim como, entre os policiais, há o conceito de que “bandido não é gente”, na mesma lógica, “travesti é homem de cabelo comprido ou homem de saia” e só por isso é igualada a bandidos. Não é incomum ouvirmos relatos de extorsão, humilhação ou desmandos, por parte de policiais, a travestis e transexuais profissionais do sexo.

A tortura de presos comuns, outra prática herdada da ditadura, quando aplicada a cidadãs travestis ou a cidadãs e cidadãos transexuais, fere, de forma contumaz, sua identidade de gênero, com cortes de

¹ Cisgênero é quem se apresenta em conformidade com a maioria das expectativas sociais relativas “ao que é ser homem ou mulher”, ou de acordo com os dispositivos de gênero que lhe foram atribuídos na gestação e/ou nascimento. Sujeitos cisgêneros, assim como trans, podem ter distintas orientações sexuais, como *gays*, lésbicas, heterossexuais, bissexuais, pansexuais e assexuais (MARANHÃO FILHO, 2012).

cabelos, agressões verbais e físicas, na tentativa de desconstruir, sob tortura, o gênero construído identitariamente por essas pessoas.

A herança da colonização é ainda pior. Ao longo do processo de cristianização do novo mundo, propagou-se a teoria ocidental cristã de que o amor entre pessoas do mesmo sexo ou a travestilidade e a transexualidade são pecado, crime e doença. O resultado disto, como disse Prado, é que “as motivações das homofobias variam desde a prática religiosa da maioria da população, que é cristã e condena massivamente a homossexualidade, à sociedade heteronormativa, machista e patriarcal, a qual normatiza o conceito binário do macho e fêmea, representados respectivamente pelo homem e pela mulher, condena todos que destoam do padrão binário, colocando-os em um patamar de subalternidade” (PRADO; MACHADO, 2008).

Como reflexo de tudo isso, convivemos, ainda hoje, com a desconsideração da existência das pessoas trans na sociedade ou a negação de que essas pessoas têm direito de conviver em sociedade de forma natural. A grande maioria das travestis e pessoas trans como um todo são expulsas de casa logo na adolescência e, em seguida, alijadas do espaço escolar que as renega em toda sua existência e direitos de expressão de sua identidade. Engrossando as esquinas da prostituição, estas e estes jovens convivem no submundo da cidadania, inúmeros não possuem ao menos seu registro civil, não existem como cidadãs e cidadãos.

Soma-se a essa realidade o discurso da negação de que estas pessoas têm necessidades específicas e precisam de um olhar especial para acessarem o serviço público e gratuito, direito de todo cidadão e cidadã. Essa negação se dá nas mais diversas formas: na exclusão familiar que coloca pessoas trans em submissão à prostituição, na negação do direito ao uso do banheiros públicos e do direito de identificação adequado a sua identidade de gênero e aprisiona a sua existência a um gênero que não é o seu, negando-lhe direitos e sendo omissos em acesso a serviços de saúde e educação. Até a mudança de registro e sexo é atrelada a necessidade de laudo médico que comprove sua patologia de “disforia de gênero” ou “transtorno por identidade de gênero” anulando-a como direito.

Na atualidade, deparamo-nos com o maior desafio para a gestão pública, na tentativa de transversalizar a pauta das pessoas trans na construção de políticas públicas nas mais variadas pastas: adequar a política existente à necessidade específica e legítima da população de travestis, de mulheres transexuais e de homens trans. Como identificar a violência contra esta população se os sistemas de segurança não identificam a já tão falada identidade de gênero? A dificuldade de utilizar seu nome social na escola praticamente anula a possibilidade de sabermos quantas delas e deles permaneceram no ensino público. Como inserir essa população nos programas sociais se não está nas famílias e se não é possível, muitas vezes, identificar um endereço que seja, pois não pode repassar onde se abriga com medo da proprietária ser identificada como cafetina?

Algumas ações foram praticadas no sentido de promover o acesso dessa população a direitos comuns dos demais cidadãos e cidadãs cisgêneras. O uso do nome social no Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) e no Cartão Sistema Único de Saúde (SUS) é uma delas. Em 2014, pela primeira vez, travestis e transexuais puderam usar o nome social no Enem. Dados obtidos com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) confirmam que cerca de 70 pessoas solicitaram o uso do nome social pelo telefone 0800-616161, podendo escolher se queriam fazer a prova na sala do nome de registro ou do nome social.

Outra iniciativa foi a Resolução Conjunta nº 1, de 15 de abril de 2014, dos Conselhos Nacionais de Combate à Discriminação LGBT e de Políticas Penitenciárias e Criminais para LGBT em restrição de liberdade que, em vários quesitos, reconhece a identidade de gênero e o direito a sua expressão (BRASIL, 2014). Uma das determinações diz que a pessoa travesti ou transexual tem o direito de ser chamada pelo nome social, de acordo com seu gênero. O nome social deve, inclusive, constar no registro de admissão no estabelecimento prisional, assim como deverão ser oferecidos espaços de vivência específicos às travestis e aos gays privados de liberdade em unidades prisionais masculinas, e as pessoas transexuais masculinas e femininas devem ser encaminhadas para as unidades prisionais femininas. Às mulheres transexuais, deverá ser garantido tratamento isonômico ao das demais mulheres em privação

de liberdade. Essa resolução prevê, ainda, que seja permitido, à travesti ou ao transexual presos, o uso de roupas femininas ou masculinas, conforme o gênero, e a manutenção de cabelos compridos, aos que desejarem, garantindo os caracteres secundários de acordo com sua identidade de gênero, assim como a garantia da manutenção do seu tratamento hormonal e o acompanhamento de saúde específico.

O Processo Transsexualizador e a decisão inédita da justiça em permitir o uso do banheiro feminino por pessoas transgêneras femininas, além das inúmeras decisões de reconhecimento do uso do nome social em diversas unidades da Federação, são também bons exemplos de práticas inclusivas.

Mas, para além de políticas específicas, faz-se necessário o reconhecimento das identidades de gênero, por parte do Estado, para a possível inclusão de pessoas trans nos mais diversos serviços e políticas do governo, como Pronatec, Bolsa Família e outros. Tal prática precisa ser institucionalizada.

Enquanto não se faz possível a possibilidade de alteração de nome no registro civil de forma desburocratizada, a política de reconhecimento do nome social, sem dúvida, é o caminho mais eficaz para a inclusão de pessoas trans nas políticas de governo. Para além do entendimento de toda rede de desenvolvimento social e assistência social da travestilidade e da transexualidade, é necessário aplicar como regra a utilização do uso do nome social em cadastros de serviços públicos, como forma de acolhimento e respeito a essas pessoas.

Se o reconhecimento das identidades de gênero, que induz ao livre desenvolvimento de sua pessoa conforme sua identidade de gênero, for aprovado no Congresso Nacional, muitas dessas medidas paliativas seriam desnecessárias, pois a facilidade em ter seu nome reconhecido conforme o gênero com o qual se identifica seria a forma cabal de forçar o tratamento adequado às pessoas trans nos serviços públicos.

Desta forma, torna-se urgente a aprovação de mecanismos jurídicos que reconheçam essas identidades para que sejam integradas de modo contumaz em todas as políticas públicas já existentes. Apenas assim venceremos o primeiro round contra a prática transfóbica perpetuada no organismo estatal.

Referências

BRASIL. Presidência da República. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Resolução Conjunta nº 1 de 15 de abril de 2014**. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/cncd-lgbt/resolucoes/resolucao-conjunta-01-2014-cncd-lgbt-e-cnpcp>>. Acesso em: 29 nov. 2014.

MARANHÃO FILHO, Eduardo Meinberg de Albuquerque. “Inclusão” de travestis e transexuais através do nome social e mudança de prenome: diálogos iniciais com Karen Schwach e outras fontes. **Oralidades**, [S.l.], ano 6, n. 11, p. 89-116, jan./jul., 2012.

PRADO, M. A. M.; MACHADO, F. V. **Preconceito contra homossexualidades**: hierarquia da invisibilidade. São Paulo: Cortez, 2008. 144 p.

Políticas públicas para travestis e transexuais: o espaço LGBT da Paraíba

Gilberta Santos Soares
Gleudson Marques da Silva

Introdução

O desafio de implantar e implementar políticas públicas dirigidas a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) na gestão pública estadual da Paraíba foi orientado pela convicção da necessidade de afirmação da cidadania e dos direitos humanos dessa população. Os princípios da igualdade e da equidade preveem que homossexuais, bissexuais, heterossexuais, travestis e transexuais são iguais em seus direitos e, por isso, fundamentam políticas públicas que busquem superar as desigualdades históricas e proteger direitos de indivíduos e grupos de LGBTs.

Nessa perspectiva, a Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana (SEMDH) assumiu o compromisso com o enfrentamento à homofobia, à transfobia e à lesbofobia resultantes da discriminação, da intolerância, do ódio e da violência relacionados à orientação sexual e à identidade de gênero. As formas de expressão da intolerância e do preconceito são diferenciadas quando dirigidas a lésbicas, *gays*, bissexuais, transexuais e travestis, devido às regras que definem o que é ser homem e ser mulher na sociedade sexista e heteronormativa.

Adentrar no universo LGBT é compreender que o conjunto de letrinhas (LGBT) é a denominação que reflete as diferentes identidades sexuais no tocante à relação com o desejo, às práticas sexuais e às identidades de gênero. Por isso, foi importante observar a diversidade de expressões identitárias que circulam na população, de modo a não restringir o diálogo e a inclusão dos diferentes grupos na política pública. Quando iniciamos o trabalho, em 2011, não existiam transexuais masculinos autoidentificados como segmento LGBT, na Paraíba, sendo, posteriormente, inseridos nas ações.

A mudança de mentalidade foi considerada fundamental para transformar a homofobia em suas raízes mais profundas, realizada por meio de ações no âmbito da cultura, do lazer e do esporte. A campanha educativa “Tire o Respeito do Armário¹” teve o propósito de enfrentar o preconceito com a homossexualidade na alusão à lógica do armário associada à homofobia. A I Corrida Estadual contra a Homofobia da Paraíba, realizada em 2013, na cidade de João Pessoa, também cumpriu o objetivo de promover a visibilidade da população e alertar a sociedade para a problemática da homofobia, contando com a participação de atletas da cidade e pautando o tema na imprensa.

O armário é um mecanismo de regulação da sexualidade na vigilância da manutenção da heterossexualidade. Para Eve Sedgwick (2007), o armário é um dispositivo de controle da sexualidade baseado na sede de saber sobre o sexo (FOUCAULT, 1999), que busca conhecer e nomear a sexualidade para circunscrevê-la nos limites das convenções. Para Foucault (1999), a crença em uma sexualidade normal e natural leva à intolerância com comportamentos sexuais que fogem do padrão heteronormativo, pois abalam as verdades sociais. Legitimar o comportamento sexual diferente é afirmar que não existe uma verdade absoluta, mas sim a de cada um(a), o que mostra que nossos referenciais são construções simbólicas de um tempo histórico e de uma cultura determinada.

Sair do armário é uma expressão conhecida de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, sendo utilizada para se referir ao fato de alguém assumir o desejo por uma pessoa do mesmo sexo ou de mudança de gênero, revelando uma situação camuflada sobre sua identidade sexual ou de gênero para o mundo em que vive. A lógica do armário atende aos inúmeros mecanismos sutis ou diretos, onipresentes, inflexíveis, para manutenção da heterossexualidade. Sair do armário pode referir-se a assumir um relacionamento homossexual ou a “montar-se” com vestimentas do outro gênero.

Mudar a realidade que aflige essa população e enfrentar a homofobia implica elevar a cidadania de forma geral, garantindo direitos, proteção social, justiça e acesso a políticas públicas. Nesse sentido, a construção da política pública para LGBTs, no Estado da Paraíba, deu-se de forma intersetorial, como orientação de governo,

¹ Campanha educativa realizada pelo Governo do Estado, iniciada em 2012, que utilizou como principal estratégia a postagem de fotos, com pessoas vestindo uma camiseta com *slogan* da campanha. Além de cartazes, *outdoors* e *spot* de rádio.

envolvendo diferentes secretarias e órgãos para desenvolver ações diferenciadas que venham a convergir para a população LGBT. Algumas ações executadas serão apresentadas a seguir:

Construindo marcos legais: decretos e portarias

1. Decreto nº 32.159, de 25 de maio de 2011, que dispõe sobre o tratamento nominal e a inclusão e o uso do nome social de travestis e transexuais, de usuárias(os) ou de servidora(o), nos registros estaduais relativos a serviços públicos prestados no âmbito do Poder Executivo Estadual, e dá providências correlatas.
2. Portaria nº 350/GS/SEAP, de 2 abril de 2012, que amplia a visita íntima para casais homoafetivos (em união estável) em estabelecimentos prisionais.
3. Portaria nº 567/GS, de 29 de novembro de 2012, que dispõe sobre a criação do Comitê Estadual de Saúde para implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População de Gays, Lésbicas, Transexuais, Travestis e Bissexuais – LGBT.
4. Decreto nº 35.004, de 21 de maio de 2014, que cria o Conselho Estadual dos Direitos de LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – vinculado à Secretaria de Estado da Mulher e Diversidade Humana (SEMDH).

Celas LGBT: o cantinho para existir

Foram implantadas celas LGBT em três unidades prisionais: Penitenciária Flósculo da Nóbrega (Presídio do Róger) e Penitenciária Dr. Romeu Gonçalves de Abrantes (PB1), em João Pessoa; e Penitenciária Regional Raimundo Asfora (Complexo do Serrotão), em Campina Grande, por meio da Secretaria de Administração Penitenciária (Seap). As celas foram implantadas, após denúncias de homofobia e abuso sexual, com o objetivo de garantir o direito e o respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero das apenadas, bem como de preservar sua integridade física.

As apenas passaram a ser chamadas pelo nome social e receberam a permissão para usar vestimentas e acessórios femininos e para manter o cabelo longo, de modo a garantir sua identidade de gênero. Nas novas celas, é possível ver esmaltes organizados por cores e corações desenhados nas paredes, demonstrando a estética que representam aquelas travestis. Nas palavras de uma travesti apenas, as celas são “o cantinho da gente”. Para o jornalista Fernando Gabeira, “um convite para conhecer a dança da diferença”².

Ambulatório de transexualização

A Secretaria de Estado da Saúde (SES-PB) implantou o Ambulatório do Processo Transexualizador (Ambulatório TT), em julho de 2013, no anexo do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga. Conta, hoje, com 77 pessoas cadastradas, dentre elas, 66 travestis e mulheres transexuais e 11 homens transexuais, com 650 atendimentos divididos em seis especialidades: Endocrinologia, Ginecologia, Fonoaudiologia, Psicologia, Psiquiatria e Nutrição.

A maior motivação para a procura (56%) foi a Hormonioterapia, seguida de outros procedimentos cirúrgicos para o Processo Transexualizador, sendo a minoria para acompanhamento psicossocial. O ambulatório tem encaminhado usuárias transexuais para a cirurgia de tireoplastia (popularmente conhecida como raspagem do pomo de adão). O Ambulatório TT conta com uma transexual feminina na recepção para melhorar o acolhimento e a humanização do atendimento.

O Ambulatório do Processo Transexualizador atua integrado ao Centro Estadual de Referência dos Direitos de LGBT e Enfrentamento à Homofobia da Paraíba – Espaço LGBT – que encaminhou 75% de usuários(as), realizando atendimento psicológico individual e em grupo com transexuais femininas, masculinos e travestis. Para a sua implantação, houve uma ampla discussão entre o governo do estado, por meio das Secretarias da Saúde e da Mulher e Diversidade Humana, e o movimento LGBT, que reivindicava um local para cuidar da saúde desta população.

² O jornalista Fernando Gabeira fez uma matéria jornalística sobre a experiência de implantação de celas específicas para LGBTs em presídios masculinos na Paraíba, veiculada no Programa com seu nome, na Globo News.

Espaço LGBT: abrindo espaços na política pública

Na Paraíba, o Centro de Referência de Direitos LGBT e Combate à Homofobia³ foi implantado em 2011, por meio da parceria entre o Governo do Estado da Paraíba, por meio da Secretaria da Mulher e da Diversidade Humana (SEMDH), com o governo federal, executado pela SDH-PR (Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República)⁴. Constituiu-se como um serviço contínuo e gratuito, executado integralmente pelo governo do estado, após a finalização do convênio, e gerenciado pela SEMDH.

O Centro atua para a defesa e a proteção dos direitos humanos da população LGBT com serviço destinado a lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis, transexuais que tiveram os direitos violados, foram vítimas de discriminação, de preconceito e de intolerância por conta da orientação sexual e da identidade de gênero. Nessa experiência, a implantação de um Centro de Referência dirigido ao enfrentamento da homofobia foi fundamental para o fortalecimento da política de proteção a LGBTs e para a irradiação das suas necessidades, a exemplo da saúde de LGBTs e do Processo Transexualizador.

Assim, o Espaço LGBT passou a cumprir um papel maior do que seu propósito inicial de enfrentamento à homofobia, colaborando para fomentar a organização da rede de proteção LGBT de forma intersetorial, entre os órgãos do governo do estado, e interinstitucional, com representantes da Defensoria Pública, do Ministério Público, das universidades e da sociedade civil organizada.

Carinhosamente, recebeu o nome de Espaço LGBT e ganhou um camaleão como mascote, que também atua nas redes sociais. Essa denominação retrata bem a relação de usuários(as) com o serviço, que é um espaço de convivência, de acolhimento e de busca de apoio. Para alguns/algumas usuários/as, além da proteção social, o Espaço LGBT é uma referência de casa, de cuidado, de convivência entre pares e de solidariedade.

³ Funciona na Praça Dom Aauto, nº 58, Centro. João Pessoa-PB. Tel: (083) 3221-2118.

⁴ Em 2008, a Associação das Travestis da Paraíba (Astrapa) implantou um Centro de Referência LGBT, por meio de convênio firmado com o governo federal, por meio da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SDH-PR), encerrado em 2010, após finalização do convênio.

Profissionais das áreas de Assistência Social, Psicologia, Direito, educadores(as) populares e a coordenadora geral oferecem a assistência necessária aos(às) usuários(as) e realizam atividades educativas e de divulgação do Espaço LGBT, apoiados pela Gerência Executiva de Direitos Sexuais e LGBT da SEMDH. O Espaço LGBT fornece orientações, faz encaminhamentos e/ou acompanhamentos de demandas que exijam a intervenção dos saberes sociais, jurídicos, de saúde e psicológicos.

Desse modo, tem como objetivo atender a comunidade LGBT, assim como seus familiares e amigos(as), vítimas de discriminação e violência homofóbica; informar sobre os direitos, saúde e serviços sociais; fornecer orientação para a sociedade sobre os direitos LGBTs; sensibilizar e capacitar gestores(as) públicos(as) e segmentos da sociedade local sobre homofobia e cidadania LGBT e irradiar políticas públicas para LGBT no âmbito do governo do estado e dos municípios. O Espaço é campo de estágio para alunos(as) de Direito, Psicologia e Serviço Social. Também recebe e encaminha as denúncias do disque 100 (SDH/PR) e 123 (SEDH/PB).

De junho de 2011 a junho de 2014, foram cadastrados(as) por volta de 690 usuários(as), de 62 municípios paraibanos e de 11 municípios de outros estados, realizando mais de 3.500 atendimentos. A maioria das queixas é relativa à violência no ambiente familiar, incluindo agressões de vizinhos e pessoas conhecidas. Casos de homicídios também são registrados.

Quando usuários(as) procuram o Espaço LGBT, o assistente social, com a colaboração das agentes de direitos humanos, faz o acolhimento e o cadastro com os dados referentes à identificação pessoal, à situação socioeconômica e de vulnerabilidade e às diversas formas de violência (física, moral, psicológica, simbólica etc) sofridas em virtude da orientação sexual e da identidade de gênero. Após esse procedimento, de acordo com cada demanda, a(o) usuária(o) é encaminhada(o) aos serviços de psicologia, serviço social e jurídico. São feitos encaminhamentos para os serviços de saúde, assistência social e acompanhamento jurídico dos processos de violação de direitos de LGBT e de mudança de prenome para travestis e transexuais.

O advogado do Espaço LGBT acompanha em torno de 53 processos de mudança de prenome, procedimento conferido pela Lei de Registros Públicos. A autorização só acontece em casos excepcionais, que no caso de travestis e transexuais tem a argumentação de que o uso de um nome que não condiz com a imagem e com a identidade de gênero da pessoa causa constrangimento. A jurisprudência tem garantido a procedência do pedido, mesmo sem a realização da cirurgia de redesignação sexual.

Também são realizadas ações itinerantes em municípios paraibanos e feiras de cidadania com o acesso ao serviço de documentação básica, Programa Bolsa Família, cesta básica, banco de alimentos, programas do Sistema Nacional de Emprego (Sine) e curso de qualificação profissional (Pronatec, Planteq e Projovem trabalhador); ações da assistência social que são oferecidas pelo Espaço LGBT.

As ações educativas externas ao serviço são realizadas por meio de cursos, seminários, oficinas, palestras, rodas de diálogo sobre o preconceito e a homofobia em comunidades, escolas, repartições públicas. Essas atividades atenderam cerca de 3 mil pessoas, entre usuários(as), servidores(as) públicos(as) e comunidade acadêmica.

A atuação do setor de Psicologia no Espaço LGBT

Os atendimentos do Espaço LGBT são gratuitos, as sessões podem ser individuais ou em grupo e são conduzidas por um(a) psicólogo(a) responsável e por estagiários(as) em formação clínica no final da graduação em Psicologia, por meio de convênio firmado entre a SEMDH e a Universidade Federal da Paraíba e faculdades particulares. As sessões duram por volta de 45 minutos e os(as) estagiários(as) revezam-se de segunda a sexta-feira, em plantões diários de três horas. Pode-se agendar previamente o atendimento na recepção do Espaço LGBT com as(os) agentes de direitos humanos.

É observado, pelo setor, que muitos usuários procuram o serviço com queixas aparentemente circunstanciais e demonstram interesse apenas em “desabafar”, quando sofrem homo, lesbo ou transfobia, ou para ter um parecer para a mudança de prenome. Sobre a necessidade de mudança de prenome de cidadãos(ãs) travestis e transexuais,

bem como o respeito ao nome social, tais medidas têm impacto na minimização dos constrangimentos, do sofrimento psicológico pelos quais passam travestis e transexuais no momento de sua identificação nos espaços públicos e privados.

Às vezes, usuários e usuárias chegam ao serviço sem saber o que falar; nesses casos, cabe realizar a escuta para avaliar as condições dos(as) usuários(as) com o intuito de obter os elementos necessários para a identificação da modalidade de atendimento a ser sugerida. Os procedimentos adotados, conseqüentemente, são variáveis: pode-se limitar a apenas uma sessão de pronto atendimento no plantão de escuta ou realizar entre uma a três sessões e encaminhar o(a) usuário(a) para psicoterapia individual ou em grupo em outros serviços vinculados ao Espaço LGBT, e/ou introduzir novas estratégias de atendimento, se necessário.

Na maioria das vezes, tais queixas sugerem, a princípio, a existência de uma demanda de escuta e acolhimento pontual. Muitos deles e delas afirmam que procuraram o serviço para aliviar-se, momentaneamente, das angústias decorrentes de dificuldades circunstanciais e que não possuem interesse em iniciar um processo psicoterapêutico. Nesses casos, o serviço faz as vezes de um espaço de escuta e acolhimento do ponto emergencial que motiva a procura. De qualquer forma, o(a) estagiário(a) responsável coloca-se à disposição para outra sessão, que pode ser agendada ou solicitada posteriormente, caso o usuário o julgue necessário.

As travestis, mulheres e homens transexuais, cada um com sua particularidade no processo, apresentaram muitas demandas no tocante ao atendimento psicológico vinculado à mudança do prenome, à hormonioterapia e/ou à necessidade de fazer a cirurgia de redesignação sexual.

É importante compreender a diversidade sexual que circunda o termo travestis e o conceito de travestilidades. O termo travestismo ocupa um lugar nos Transtornos da Identidade Sexual, sendo considerado doença no Código Internacional de Doenças (CID). Todavia, o termo travesti passou a ser visto de forma mais plural e o conceito de travestilidades, criado por Willian Peres (2005), refere-se à variedade de processos identitários pelos quais os sujeitos travestis passam a

se constituírem enquanto femininos. Para Larissa Pelúcio (2007), o termo indica a multiplicidade das experiências ligadas à construção e à desconstrução dos corpos, a despeito da rigidez na gramática de gênero destes sujeitos cujas experiências constituíram-se sob a heteronormatividade. A despeito da diversidade conceitual, é possível observar que a referência ao uso de roupas atribuídas ao sexo oposto é um elemento presente em todas as conceituações, sejam imbuídas de um cunho patológico ou não.

A travestilidade é a condição em que uma pessoa se identifica como sendo do gênero considerado oposto ao sexo refletido pelo corpo. Um transexual *female-to-male* (FTM, homem transexual) é uma pessoa que sente que o seu gênero é masculino, embora tenha nascido com corpo feminino; e um transexual *male-to-female* (MTF, mulher transexual) é uma pessoa que sente que o seu gênero é feminino, apesar de ter nascido com corpo masculino.

O Grupo Trans: um espaço de crescimento e empoderamento

A constatação de quão solitário é o trânsito de gênero, percebida no decorrer dos atendimentos individuais, levou à ideia de criar um grupo de travestis e transexuais masculinos e femininos. A proposta de criar um grupo temático sobre empoderamento, autoestima e direitos sociais foi aceita por travestis e transexuais que acessavam o serviço. O objetivo do grupo era investigar a construção social da transexualidade e da travestilidade e o empoderamento das(os) usuárias(os), problematizando as questões sociais presentes no cotidiano com relação à negação de direitos sociais e à saúde integral e a influência destas na subjetividade. O grupo constituiu-se como um espaço para trabalhar a identidade de gênero e colocar ansiedades, medos e expectativas com relação ao Processo Transexualizador.

A faixa etária dos(as) usuários(as) esteve entre 21 a 45 anos de idade, com predominância de 60% de mulheres transexuais e 40% de homens transexuais. A cada dia, no decorrer das rodas de diálogos, as identidades de gênero foram se afirmando, foi crescente a visibilidade do grupo e a formulação de suas necessidades e reivindicações. Queixas como dificuldade de encontrar hormônios para homens transexuais e

médicos acessíveis e sensíveis à transexualidade tornaram-se constantes nos encontros do grupo.

O grupo buscou identificar referências de médicos(as) que pudessem constituir uma rede de assistência à saúde de travestis e transexuais. Com a criação do Comitê Estadual de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Transexuais, Travestis e Bissexuais (LGBT), as questões de saúde integral de travestis e transexuais foram sendo absorvidas como necessidade de política pública, apontando para a criação de um ambulatório para TTs na Paraíba.

A abordagem cognitiva comportamental é a proposta de psicoterapia utilizada no grupo com travestis e transexuais. A terapia cognitiva tem como um dos seus pressupostos que as interpretações dos sujeitos são determinadas pelos seus esquemas e por suas crenças, funcionais ou disfuncionais. As sessões, bem como o processo terapêutico, são semiestruturadas, envolvendo tarefas entre as sessões. É focal, requerendo uma definição concreta e específica dos problemas do paciente e das metas terapêuticas.

Nos processos de grupo, o(a) terapeuta ou o(a) mediador(a) não precisa, necessariamente, ser a presença centralizadora, já que as relações de convivência construídas no grupo possibilitam que ele mesmo faça a gestão dos seus processos, norteados pela relação de confiança com o psicoterapeuta.

Baseado na troca de experiência, em que uns se veem no lugar de outros, os grupos possibilitam um espaço terapêutico para a escuta e a troca sobre as experiências e os conflitos vividos no cotidiano. Por intermédio da lente do outro, os(as) integrantes do grupo tem a oportunidade de contemplar a própria história e ressignificá-la mediante o acompanhamento terapêutico de suas queixas (YALOM, 1992).

A orientação, com a dimensão psicoeducativa, é uma ferramenta importante para a compreensão dos processos necessários para a cirurgia de redesignação sexual, e ajuda usuários(as) na compreensão e no conhecimento do seu corpo e de seu espaço no mundo; assim como dos trâmites legais.

Portanto, é atribuição do(a) psicólogo(a) legitimar as demandas de travestis e transexuais e garantir o seu direito à saúde física e psíquica e sua cidadania e dignidade.

Considerações finais

Chegando ao Espaço LGBT, é comum encontrar pessoas que vão buscar atendimento, visitar o centro ou encontrar alguém, demonstrando a vinculação entre a população e o serviço. O Espaço LGBT tem demonstrado a sua relevância no processo de efetivação dos direitos humanos da população LGBT, no Estado da Paraíba, ao atender diretamente as pessoas que se identificam como segmento e encontrar respostas satisfatórias para suas demandas. Também pelo efeito na autoestima e no empoderamento do segmento LGBT, que pode encontrar respostas no poder público para a garantia dos seus direitos e para a proteção social.

As parcerias e a ação de construção da Rede de Proteção de LGBTs exigem o fazer coletivo e o fortalecimento da intersetorialidade no governo do estado, como estratégia fundamental para consolidação de políticas públicas no âmbito da gestão estadual.

Quando se fala de implantação de políticas públicas para a população LGBT, logo se remete aos preconceitos, às discriminações e às posições retrógradas de cunho homofóbico que tentam impedir o avanço de direitos de LGBTs no País como um todo. Por isso, as dificuldades de compreensão da política e a homofobia institucional, de forma geral, presente em órgãos do poder público, puderam ser enfrentadas com a persistência das ações que foram ganhando aliados(as) dentro do governo, com destaque para a determinação do governador do estado, Ricardo Vieira Coutinho, de afirmar e garantir o desenvolvimento da política para LGBTs.

Importante destacar a adoção de estratégias metodológicas que dialogaram com as necessidades, as linguagens, as estéticas e as características do viver e conviver de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais da Paraíba. Entre elas, o diálogo constante com a população e com as organizações da sociedade civil de LGBTs do estado.

A ênfase no atendimento psicossocial tem sido fundamental no êxito das ações com a população, considerando a magnitude dos efeitos da vulnerabilidade social, da intolerância e da violência contra LGBTs, da exclusão social e da homofobia internalizada. A psicologia

tem cumprido papel fundamental para o empoderamento de LGBTs no protagonismo de suas vidas e da ação do movimento social.

A repercussão positiva das ações realizadas com LGBTs, formadores(as) de opinião, órgãos públicos parceiros e a sociedade, de forma geral, é um fator importante para vencer as resistências negativas e avançar na implantação de políticas públicas para LGBTs no Estado da Paraíba.

Referências

FOUCAULT, Michael. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

PELÚCIO, Larissa. **Nos nervos, na carne, na pele**: uma etnografia travesti sobre o modelo de AIDS. Tese (Doutorado)–Programa de pós-Graduação em Ciências Sociais, São Carlos, 2007.

PERES, Willian Siqueira. **Subjetividade das travestis brasileiras da vulnerabilidade da estigmatização à construção da cidadania**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

SEDGWICK, EVE. A epistemologia do armário. **Cadernos Pagú**, Florianópolis, v. 9, p. 19-54, 2007.

YALOM, Irvin D.; VINOADOV, Sofia. **Psicoterapia de grupo**: um manual prático. Tradução de Dayse Batista. [S.l.]: Artes Médicas, 1992.

Marcos legais do Processo Transexualizador no SUS para a publicação da Portaria nº 2.803/13

Ana Gabriela Nascimento Sena
Kátia Maria Barreto Souto
José Eduardo Fogolin Passos

A ampliação da perspectiva da integralidade da atenção à saúde à população de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais proporcionou o reconhecimento de que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores de vulnerabilidade para a saúde.

Tal reconhecimento deve-se não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por exporem esta população, especialmente no que se refere a travestis e transexuais, a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social, que violam seus direitos humanos, entre os quais: o direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento. O desafio da promoção da equidade para a população de travestis e transexuais em geral deve ser compreendido a partir da perspectiva das suas vulnerabilidades específicas, demandando políticas públicas que visem à proteção dos direitos humanos e sociais dessas populações e à promoção da qualidade de vida.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde passou a viabilizar demandas específicas das populações de travestis e transexuais por meio de atos normativos internos, como a elaboração de portarias específicas: Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que institui o Processo Transexualizador, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão; Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008, que regulamenta o Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva, quatro serviços especializados no Processo Transexualizador foram habilitados pelo Ministério da Saúde: Fundação

Faculdade de Medicina HCFMUSP – Instituto de Psiquiatria da Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS/ São Paulo (SP); Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Porto Alegre (RS); Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Hospital Universitário Pedro Ernesto (Hupe)/ Rio de Janeiro (RJ); Hospital das Clínicas – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/ Goiânia (GO). Estes quatro serviços habilitados passaram a funcionar a partir de especificidades locais.

Em 2009, foi publicada a Portaria MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da Saúde, entre eles, o direito ao uso do nome social:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I – identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas;

[...]

Em 2010, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução CFM nº 1.955, de 3 de setembro de 2010, que revoga a Resolução CFM nº 1.652, de 2 de dezembro de 2002, e resolve autorizar a modificação corporal do fenótipo feminino para o masculino (homens transexuais), com a inclusão dos procedimentos de mastectomia e histerectomia, mantendo como experimental apenas a neofaloplastia (construção do falo). A Resolução CFM nº 1.652/2002, na qual a Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008 se baseava, tratava apenas de cirurgias de transgenitalização do fenótipo masculino para o feminino (mulheres transexuais), que poderiam ser feitas somente em Hospitais Universitários.

De acordo com a Portaria nº 457/2008, o atendimento era voltado para mulheres transexuais que recebiam o diagnóstico de Transtorno da Identidade de Gênero (TIG) e direcionado para aquelas que desejassem realizar as cirurgias de redesignação sexual. O Processo Transexualizador não incluía o atendimento à população de travestis e de homens transexuais.

Considerando o exposto anteriormente, no ano de 2011, o Ministério da Saúde apresentou, no Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, a seguinte ação prioritária em seu Eixo I – Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde: ampliação do Processo Transexualizador, em articulação com gestores estaduais e municipais de saúde.

A partir da demanda do movimento social LGBT, em especial de travestis e transexuais, o Ministério da Saúde inicia, em 2011, o debate sobre a ampliação do Processo Transexualizador no SUS, como parte do processo da pactuação do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2001, que institui a Política no âmbito do SUS e a Resolução CIT nº 2, de 6 de dezembro de 2011, que aprova o Plano Operativo, são assinadas durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Destaca-se no Eixo I do Plano Operativo (2012-2015) – Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde, a ampliação do Processo Transexualizador no SUS em mais quatro serviços, em articulação com gestores estaduais e municipais de saúde.

No ano de 2012, o Ministério da Saúde discute a ampliação do Processo Transexualizador por meio de diversas ações, entre elas: articulação intraministerial entre o Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS, o Departamento de Atenção Básica/SAS, a Coordenação-Geral da Saúde das Mulheres/DAPES/SAS, Coordenação de Atenção à Saúde do Homem/DAET/SAS, Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAET/SAS e o Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais/SVS; articulação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); visitas aos serviços habilitados pela Portaria MS nº 457, de 19 de agosto de 2008 e os serviços de referência para Processo Transexualizador, criados por iniciativa estadual; realização da 10ª Reunião Ordinária da Comissão Intersectorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis (CISPLGBT/CNS), que teve como pauta o Processo Transexualizador no SUS e apontou para a realização do Seminário do Processo Transexualizador; realização do Seminário sobre o Processo Transexualizador no SUS, em abril de 2012; e revisão da Portaria nº 457/2008, por meio de Grupo Técnico de Trabalho, que contou com a colaboração de representantes dos serviços habilitados, dos serviços de referência de iniciativa estadual, e de representantes transexuais e travestis do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT do Ministério da Saúde.

As alterações foram propostas na perspectiva de ampliar o número de serviços de atendimento ambulatorial e hospitalar, ampliar a atenção à saúde considerando a integralidade, desde a atenção primária até a alta complexidade, garantindo o acolhimento com qualidade, e permitir a adequação à nova resolução do Conselho Federal de Medicina. Nesse sentido, buscou-se atender às reivindicações históricas dos movimentos sociais de travestis e transexuais, incluindo o atendimento ambulatorial para estas populações e não se restringindo à cirurgia de redesignação sexual.

Ao final do processo, foram propostas alterações à Portaria nº 457/2008: estabelecimento de linha de cuidado e ampliação da atenção à saúde considerando a integralidade, desde a atenção primária até a alta complexidade; não restrição ou centralização da meta terapêutica às cirurgias de redesignação sexual e demais intervenções somáticas; garantia da humanização da atenção, promovendo um atendimento livre

de discriminação, inclusive por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, com respeito ao uso do nome social; inclusão de procedimentos, como a hormonioterapia sem indicação para a cirurgia de redesignação sexual, que garantam o atendimento não só à população de transexuais, mas também de travestis; atendimento por equipe interdisciplinar e multiprofissional (psiquiatra, psicólogo; clínico geral; ginecologista; urologista; endocrinologista; enfermagem e serviço social); inclusão de procedimentos que garantam o atendimento à população de transexuais masculinos (ortofaloplastia, mastectomia e histerectomia). Nesse contexto, a linha de cuidado passa a estar composta por: I – Unidade de Atenção Básica; II – Unidade Ambulatorial Especializada no Processo Transexualizador; III – Unidade Hospitalar Especializada no Processo Transexualizador.

Em 19 de novembro de 2013, foi publicada a Portaria MS nº 2.803, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), consolidando e normatizando a atenção a travestis e transexuais no SUS.

Atualmente, o SUS conta com cinco hospitais habilitados no Processo Transexualizador. Além dos Hospitais citados anteriormente, o Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco – Recife/PE foi habilitado pela Portaria SAS/MS nº 1.055, de 13 de outubro de 2014, para realização do Processo Transexualizador, nas modalidades ambulatorial e hospitalar, conforme Portaria nº 2.803/2013.

Estão em funcionamento ainda seis serviços de referência para Processo Transexualizador, criados por iniciativa estadual: ambulatório do Centro de Referência e Testagem de DST/Aids – São Paulo/SP; ambulatório Amigos, do Hospital das Clínicas de São Paulo/SP; ambulatório Amélio Marques, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/MG; Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais de Curitiba/PR; ambulatório para travestis e transexuais do Hospital Clementino Fraga – João Pessoa/PB; ambulatório transexualizador da Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecto-Parasitárias e Especiais (UREDIPE) – Belém/PA.

Alguns serviços estão em processo de credenciamento e habilitação conforme nova Portaria (2.803/2013). Os serviços habilitados conforme a Portaria nº 457/2008 têm prazo máximo de 12 meses, contado da data de publicação da Portaria, para se adequarem às novas normas e procedimentos.

Há estados em processo de articulação, por meio da Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, para implementação de novos serviços (modalidade hospitalar e/ou ambulatorial) do Processo Transexualizador no SUS. Sendo assim, vêm sendo realizadas reuniões com esse objetivo, em articulação com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e com os representantes do movimento social de travestis e transexuais dos seguintes estados: Bahia, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Goiás.

A publicação da Portaria MS nº 2.803, ainda que não tenha conseguido responder a todas as reivindicações do movimento social de travestis e transexuais, conseguiu avançar em diversos pontos e colocou a saúde da população de travestis e transexuais na ordem do dia, dando visibilidade a este segmento e priorizando ações de gestão e atenção no SUS.

Antes da nova Portaria, não era possível realizar o atendimento e o acolhimento das travestis para a hormonioterapia, tão fundamental para garantir sua modificação corporal sem recorrer ao uso do silicone industrial, que provoca sequelas irreparáveis ao corpo humano. A nova Portaria garante a hormonioterapia no Processo Transexualizador sem a indicação de cirurgia, ampliando o acesso de travestis e transexuais e respeitando sua decisão sobre a realização ou não de cirurgia de redesignação sexual.

Outro impeditivo da universalidade do acesso ao Processo Transexualizador era a restrição do credenciamento aos Hospitais Universitários, tendo como único foco a cirurgia de redesignação sexual. Sendo assim, eram necessários dois anos de psicoterapia para diagnóstico de transexualidade e somente os serviços dos hospitais credenciados podiam emitir avaliação final. Além disso, os serviços não aceitavam avaliação de outros serviços, ou seja, não havia fluxo na rede de atenção.

Isso provocou, ao longo dos últimos anos, filas de espera de quase dez anos ou mais para uma demanda reprimida de aproximadamente cem pessoas por serviço¹. Somam-se a isso as dificuldades próprias das equipes dos serviços que só conseguiam liberação de realização da cirurgia de redesignação sexual e de leitos especiais poucas vezes na semana.

A nova Portaria não só garante que outros hospitais possam ser habilitados, mediante atendimento de todos os critérios do Ministério da Saúde, como criou a Unidade Ambulatorial Especializada como unidade que garantirá a psicoterapia, a hormonioterapia e o atendimento clínico no Processo Transexualizador, com ou sem indicação de cirurgia de redesignação sexual.

A nova redação reitera que a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada para o acolhimento com qualidade, reforçando a importância do respeito ao uso do nome social para travestis e transexuais. A UBS deverá referenciar para a Unidade Ambulatorial Especializada ou a Unidade Hospitalar Especializada no Processo Transexualizador mais próximas quando houver interesse manifesto ou indicação para o atendimento específico do Processo Transexualizador. Dessa forma, é possível implementar uma rede de referência e contrarreferência dentro dos estados ou entre os estados.

Há um consenso sobre a necessidade do enfrentamento à transfobia no SUS. Entende-se que esta é uma estratégia fundamental e estruturante para a garantia do acesso aos serviços e da qualidade da atenção. Sendo assim, são necessárias iniciativas estratégicas específicas, entre as quais, a educação permanente de profissionais de Saúde sobre as especificidades em saúde de travestis e transexuais, para uma efetiva política de enfrentamento das iniquidades desta população, que possuem vulnerabilidades acrescidas e maiores dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde. Esta é uma questão fundamental para que o cuidado seja condizente com suas reais necessidades em saúde.

Ressalte-se que a Portaria tem sido fundamental para o debate, no SUS, sobre os caminhos e as estratégias para a implantação dos serviços e a implantação das ações de saúde para garantir o acesso para travestis e transexuais no SUS; mas ela vai além, pois permite o debate

¹ Esses dados foram fornecidos informalmente pelos representantes dos serviços, durante as visitas realizadas em 2012.

sobre a discriminação e o preconceito e sobre a violência transfóbica na sociedade. Resgata o lugar de cidadania das pessoas trans, de seus direitos humanos e à saúde. Enfrenta o debate do respeito à diversidade e da democracia plural. Reafirma os princípios do SUS, da universalidade, da integralidade e da participação social.

Ainda temos muito que caminhar, mas o caminho se faz caminhando, superando os obstáculos, enfrentando as adversidades, promovendo a vida! Por um SUS com equidade, universal e cidadão!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1707, de 18 de agosto de 2008**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html>. Acesso em: 10 out. 2014.


_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011**. Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/cit%202011/RESOLUC%CC%A7A%CC%83O%20N%C2%BA%202%20LGBT.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008**. Regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html> Acesso em: 10 out. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.652/2002**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97. 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1652_2002.htm>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. **Resolução CFM nº 1.955/2010**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. 2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm> Acesso em: 10 out. 2014.

The image features a light beige background with a decorative border on the left and right sides. This border is composed of a grid of diamond-shaped tiles. Some of these tiles contain small, cropped portraits of various individuals, including men and women of different ages and ethnicities. The text is centered in the middle of the page.

Sobre os autores e organizadores

Adriana Melo Teixeira é graduada em Administração Hospitalar; é mestre em Saúde Coletiva e Gestão Hospitalar e está diretora-geral do Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga. É membro da comissão que cuida da saúde da população LGBT no âmbito estadual na Paraíba.

Alba Jean Batista Viana é mestre em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). É professora do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (Cesed – Campina Grande) e integra o Projeto de Pesquisa Femicídio de Paraibanas: estudo dos assassinatos de mulheres por questões de gênero (CNPq).

Alexandre Saadeh é doutor em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP, Psiquiatra, psicodramatista, médico-supervisor no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP), coordenador do Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Núcleo de Psiquiatria e Psicologia Forense do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Antigos-Nufor-IPq-HCFMUSP), professor na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Ana Gabriela Nascimento Sena é mestre em Antropologia Médica e Saúde Internacional pela Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, Espanha). Bacharel em Ciências Sociais com habilitação em Antropologia pela Universidade de Brasília. É consultora técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) para acompanhamento da implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Ministério da Saúde, desde 2010.

Anibal Guimarães é Professor do Curso de Direito, Faculdade Gama e Souza (campus av. Brasil), professor-colaborador do PPGBIOS (Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva - associação ampla Fiocruz, UERJ, UFRJ e UFF),

Doutor em Ciências (Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/Fiocruz), Especialista em Ética, Ética Aplicada e Bioética (Instituto Fernandes Figueira, IFF/Fiocruz).

Choppely Glaudyston é secretária de mobilização e organização da Articulação Nacional das Travestis, Transsexuais e Transgêneros do Brasil (Antra). Membro do Comitê Técnico da Saúde da População LGBT de Pernambuco e presidente da Articulação e Movimento para Travestis e Transsexuais de Pernambuco (Amotrans-PE).

Desirèe Monteiro Cordeiro é mestre em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), psicóloga, psicoterapeuta, psicodramatista, colaboradora do Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Núcleo de Psiquiatria e Psicologia Forense do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Amigos-Nufor-IPq-HCFMUSP).

Eduardo Meinberg de Albuquerque Maranhão Filho é doutorando em História Social pela Universidade de São Paulo (USP), mestre em História pela Universidade de Santa Catarina (Udesc), especialista em Marketing e Comunicação Social pela Fundação Cásper Líbero, graduado em História pela USP. Autor de *A grande onda vai te pegar: Marketing, espetáculo e ciberespaço na Bola de Neve Church*, entre outros livros e artigos científicos.

Eduardo Sergio Soares Sousa é doutor em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e professor do Programa de Mestrado e Doutorado em Sociologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba (PPGS/CCHLA/UFPB). Coordena o Projeto de Pesquisa *Feminicídio de Paraibanas: estudo dos assassinatos de mulheres por questões de gênero* (CNPq).

Francisco José da Silva Nóbrega Morais é técnico do Ministério da Saúde, graduado em Comunicação Social; está gerente de ações estratégicas especiais do Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga, é suplente de Adriana Melo Teixeira na comissão que cuida da saúde da população LGBT no âmbito estadual na Paraíba.

Gilberta Santos Soares é psicóloga, doutora em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo (PPGNEIM/UFBA), mestre em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Atualmente, é secretária de Estado da Mulher e da Diversidade Humana da Paraíba.

Grazielle Tagliamento é professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná; pesquisadora do Nepaids da Universidade de São Paulo (USP); colaboradora do Transgrupo Marcela Prado; membro Titular do Comitê Estadual de Saúde Integral da População LGBT do Paraná e do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (CNCD/LGBT).

João Walter Nery é graduado em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), professor universitário, psicoterapeuta e pesquisador em gênero, especializado em Sexologia pelo Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (Iede), ex-mestrando em Psicologia da Educação pela Universidade Gama Filho (UGF). Depois da publicação de *Viagem Solitária: Memórias de um transexual trinta anos depois*, tornou-se referência nacional como ativista pelos direitos humanos e da causa de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (LGBT).

José Eduardo Fogolin Passos é médico ortopedista formado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Possui pós-graduação em Gestão de Saúde e MBA em Políticas Públicas e Gestão Governamental. É o coordenador geral de Média e Alta Complexidade do Ministério da Saúde e membro da Câmara Técnica de Medicina de Urgência do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Johnatan Marques do Vale é mestre em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e doutorando no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Integra o Grupo de Pesquisas Sociais e de Saúde (GPS).

Kássia Rita Lourenceti de Menezes é residente do primeiro ano de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

Kátia Maria Barreto Souto é mestre em Sociologia e especialista em Educação em Saúde e em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB), graduada em Comunicação Social com habilitação em Jornalismo pela Universidade Federal de Goiás. É diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) e coordenadora do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT do Ministério da Saúde.

Keila Simpson é Secretária de Comunicação e Assuntos Internacionais da Antra, vice-presidente Trans da ABGLT, representante do Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População LGBT da Bahia e presidente da ATRaço Associação de Travestis, Transsexuais e Transgêneros de Salvador.

Liliane de Oliveira Caetano é assistente social, funcionária do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP).

Responsável pelo serviço social no Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Núcleo de Psiquiatria e Psicologia Forense do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Amtigos-Nufor-IPq-HCFMUSP).

Maria Clara Gianna é médica sanitária formada pela Faculdade de Medicina da Santa Casa, São Paulo, em 1985. Coordenadora do Programa Estadual DST/Aids e diretora do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde.

Marileide Pereira Martins Teixeira é diretora do Centro de Atenção Psicossocial AD do Estado Jovens Cidadão. Graduada em Licenciatura Plena/Bacharelado em História e Educação Física. Mestre em Saúde Coletiva e Gestão Hospitalar, Pós-graduações em Fisiologia e Biomecânica Humana; Saúde Coletiva; Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Fiocruz); Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde (Hospital Sírio Libanês); Formação em Psicanálise Clínica, coordenadora adjunta do grupo UFPB/ad; supervisora pela Fiocruz com o Projeto Perfil dos Usuários de Crack nas 26 Capitais.

Mariluz Terra Silveira é professora adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás doutora em Ciências da Saúde, coordenadora do Projeto Transexualismo da Faculdade de Medicina do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, desde 1999.

Symmy Larrat é ativista do Movimento LGBT do Pará, ativista da ONG Gretta – Grupo de Resistência de Travestis e Transsexuais da Amazônia. Foi coordenadora geral adjunta de Promoção dos Direitos de LGBT da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.



ISBN 978-85-334-2319-0



9 788533 423190

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

