

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

**“A PSIQUIATRIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE: ANÁLISE  
DOS EFEITOS DO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE  
IDENTIDADE DE GÊNERO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE”**

**Daniela Murta Amaral**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Ciências Humanas e Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Orientador: MÁRCIA RAMOS ARÁN

Rio de Janeiro  
2007

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E  
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

---

A485 Amaral, Daniela Murta.

A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde / Daniela Murta Amaral. – 2007.  
119f.

Orientadora: Márcia Ramos Arán.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Transexualismo – Teses. 2. Subjetividade – Teses. 3. Identidade sexual – Teses. 4. Sexo (Psicologia) – Teses. I. Arán, Márcia Ramos. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 613.885

---

**DANIELA MURTA AMARAL**

**A PSIQUIATRIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE: ANÁLISE DOS EFEITOS DO  
DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE IDENTIDADE DE GÊNERO NAS  
PRÁTICAS DE SAÚDE**

Aprovada em 26 de fevereiro de 2007.

Prof. \_\_\_\_\_  
Márcia Ramos Arán (orientador)  
IMS-UERJ

Prof. \_\_\_\_\_  
Regina Alice Néri  
PUC - SP

Prof. \_\_\_\_\_  
Pedro Gabriel Godinho Delgado  
Instituto de Psiquiatria UFRJ

Prof. \_\_\_\_\_  
Joel Birman  
IMS – UERJ

## DEDICATÓRIA

Dedico mais esse trabalho aos meus queridos avós Lauro e Nyanza que, apesar da distância, foram e sempre serão absolutamente importantes em minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Márcia Ramos Arán que com tantos anos de parceria me permite avançar profissionalmente e perceber o grande valor de um bom encontro. Seu estímulo, sugestões e críticas sempre foram fundamentais para meu trabalho.

Ao corpo docente do Instituto de Medicina Social da UERJ, em especial às professoras Marilena Corrêa e Maria Andréa Loyola, que ao transmitirem a originalidade de suas idéias e sua extensa experiência no campo da Saúde Coletiva tornam esse universo ainda mais interessante.

Ao Serviço de Psicologia Médica e Saúde Mental do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ, em especial ao professor Sérgio Zaidhaft, pelo acesso ao campo de pesquisa e pela possibilidade de realizar um trabalho assistencial de qualidade.

Aos companheiros do curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, principalmente Cláudia, Sérgio e Paula, por todos os momentos que compartilhamos ao longo dessa caminhada.

A minha amada família, pela vida, pelos momentos ao lado de vocês e pelo acolhimento de minhas escolhas. Mãe e irmãs vocês foram, são e sempre serão o meu porto seguro.

Ao João por seu amor singular, estímulo constante e compreensão nos momentos em que estive ausente. Obrigada por ser parte da minha vida!

À minha segunda família, Alvalúcia, Joca, Taissa, Mário, Tati e Rogério, por sempre torcer pelo meu sucesso.

Aos meus novos e velhos amigos, que atendendo meus pedidos “me esqueceram”, só “lembrando” de mim quando os momentos de descontração se faziam necessários. Sou muita grata a todos, destacando Belis pelas risadas e pelo apoio tecnológico, Paulinha pela sua leveza, Ana pela diversão garantida e Mari, Julia, Dani, Jane, Cacau, Jú Portelada, Pit e Gi que acompanharam, cada uma de seu jeito, a concretização de mais esse projeto.

À Aliny Sixel, minha grande amiga, que como sempre se fez presente em todos os momentos da realização desse trabalho, realizando uma revisão cuidadosa e fazendo valiosos comentários.

Ao Shuin pela sua companhia durante todos dias de estudo. Sua presença silenciosa preencheu o vazio desses momentos solitários.

À Vera Vital Brasil pelo seu acolhimento e escuta que me auxiliaram nos momentos finais desse processo.

Por fim, agradeço à CAPES pelo financiamento dessa pesquisa através da bolsa de mestrado.

## RESUMO

Em 1997, através da resolução 1.482, o Conselho Federal de Medicina autorizou no Brasil a realização de cirurgias de transgenitalização em pacientes transexuais considerando que este procedimento teria um caráter terapêutico, visto que “o paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação ou auto-extermínio”. Estabelecendo os critérios que se tornaram condição de acesso à assistência médica e jurídica nesses casos, a conversão sexual tornou-se um procedimento legal no país desde que o tratamento siga um programa rígido que inclui a avaliação de equipe multidisciplinar e acompanhamento psiquiátrico por no mínimo dois anos para confirmação diagnóstica. A partir disto houve um aumento da demanda de auxílio médico por parte de transexuais de ambos os sexos e diversas instituições hospitalares tiveram que organizar um espaço específico de atendimento a estes pacientes constituindo programas interdisciplinares direcionados a essa clientela que passou a procurar os serviços públicos de saúde com demanda direta por tratamento médico-cirúrgico, relatando intenso sofrimento psíquico.

É possível notar que a institucionalização dessa prática assistencial dirigida a transexuais está absolutamente condicionada a um diagnóstico psiquiátrico que ao mesmo tempo em que permite o acesso ao tratamento e o exercício de cidadania, é também um vetor de patologização e estigma, que muitas vezes acaba por atribuir uma desordem psiquiátrica ao paciente sem problematizar as questões históricas, políticas e subjetivas dessa definição. Diante disso, este trabalho tem como objetivo desenvolver uma reflexão sobre a psiquiatrização da transexualidade através de uma análise sobre os efeitos do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero nas práticas de saúde. Para tal, foi realizada uma pesquisa exploratória, através de análise documental, observação de um programa assistencial e entrevistas semi-estruturadas com transexuais que estão em seguimento clínico no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**Palavras-Chave:** Transexualidade, saúde coletiva, subjetividade, gênero, sexualidade, práticas de saúde.

## **ABSTRACT**

In 1997, through resolution 1482, the Federal Council of Medicine authorized in Brazil the accomplishment of sex reassignment in transsexuals patients considering that this procedure would have a therapeutical character, since "the transsexual patient has a permanent psychological deviation of sexual identity with rejection of fenotype and inclination to self-mutilation or self-destruction". Establishing the rules that had become condition to have medical and legal assistance in these cases, the sexual conversion became a legal procedure in the country since the treatment follows a rigid program that includes an evaluation by a multidisciplinary team and appointment with the psychiatric for two years to confirm the diagnostic. Since that the demand of medical aid on the part of transsexuals had increased and many hospital institutions had to organize a specific space of attendance to these patients and constituted interdisciplinary programs to this people who started to look the public services of health with direct demand for surgical treatment, telling intense psychic suffering.

It is possible to notice that the institutionalization of this assistencial practice directed to transsexuals is absolutely conditioned to a psychiatric diagnosis that at the same time where it allows to the access to the treatment and the exercise of citizenship, is also a vector of stigma, that many times assigne a psychiatric clutter to the patient without questioning the historical questions, subjective politics and of this definition. So, this work has as objective develop a reflection about the definition of transsexuality as psychiatric pathology through an analysis about the effect of the diagnosis of Gender Identity Disorder in the health practices. For such, was did na exploratory research, through documentary analysis, observation of an assistencial program and interviews with transsexuals that are in clinical treatment in the Hospital Universitário Clementino Fraga Filho of the Federal University of Rio de Janeiro.

**Key-Words:** Transsexuality, colective health, subjectivity, gender, sexuality, health practices.



## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
I – GENEALOGIA DO TRANSTORNO DE IDENTIDADE DE GÊNERO.....	16
I. 1 – A psiquiatrização da transexualidade .....	16
I.2 – A construção do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero.....	25
I.3 - Algumas considerações críticas.....	43
II - A ASSISTÊNCIA A TRANSEXUAIS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO BRASIL .....	48
III - ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA ASSISTENCIAL.....	57
III.1 - O Programa Interdisciplinar de Assistência a Transexuais e Cirurgia de Transgenitalização do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ...57	
III.2 – Efeitos da utilização do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero nas práticas de saúde.....	62
IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS PARADOXOS DA TRANS-AUTONOMIA.....	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96

## ANEXOS

## **APRESENTAÇÃO**

Em nossa cultura, geralmente entende-se o *sexo* como algo natural e o *gênero* como resultado de uma construção histórico-social, na qual a identificação da anatomia vai ser o indicador de qual o sexo a que o sujeito pertence e quais os comportamentos que são correspondentes às formas de seu corpo. Baseados na diferença anatômica entre os sexos, nos orientamos por um dimorfismo sexual que permite a identificação e a classificação sexual dos indivíduos. A conceituação do gênero masculino e feminino está calcada nas características biológicas do homem e da mulher, sendo que as normas sexuais são fixadas a partir da anatomia genital, a qual em última instância serve de referência da constituição da identificação sexual.

Entretanto, podemos observar que esta relação entre sexo anatômico e gênero não ocorre de forma tão direta e natural. Existem pessoas que têm condutas que estão em “desacordo” com seu sexo biológico e que se apresentam de formas diversas, não se enquadrando nos modelos pré-fixados por este binarismo sexual. Há indivíduos que não se encaixam nas categorias vigentes de sexo e gênero e vão de encontro com as concepções naturalizadas da classificação sexual, colocando em questão a existência de apenas dois sexos determinados pela natureza e a relação imediata que se faz entre gênero e sexo biológico.

Este é o caso da condição transexual, um fenômeno complexo no qual o indivíduo se apresenta a partir da descrição de um sentimento de não pertencimento ao sexo anatômico, sem que isto implique em uma negação da sua anatomia sexual. Na transexualidade há o relato de uma experiência de incompatibilidade entre sexo biológico e gênero sem que isto se configure como um distúrbio delirante ou que

tenha bases orgânicas, como o hermafroditismo ou outras anomalias endócrinas (Castel, 2001: 77).

É importante salientar também que esta percepção de incompatibilidade entre sexo biológico e gênero conduz o sujeito a buscar constantemente reconhecimento como alguém do sexo oposto, fazendo tentativas de adequação que podem culminar em modificações corporais definitivas. Observamos que nesta condição há, em geral, uma “necessidade” de redefinição sexual na qual o sujeito demanda o ajuste entre o seu sexo anatômico e o gênero com o qual se identifica.

Como conseqüência, o fenômeno transexual é considerado uma patologia, ou seja, uma desordem psiquiátrica. Na atualidade, este sentimento de inadequação sexual constitui o diagnóstico de *Transtorno de Identidade de Gênero* (TIG), se transformando em objeto de estudo de diferentes disciplinas devido às diversas conseqüências que esta condição impõe. Entre as teorias que abordam a questão da transexualidade, como a sexologia, a psiquiatria, em parte a psicanálise e até mesmo o direito, existe um discurso comum de patologização da experiência transexual devido a esta incoerência entre sexo e gênero.

Vale destacar que a transexualidade faz parte da literatura psiquiátrica desde o século XIX, embora esta condição só tenha adquirido visibilidade a partir da conceituação de Harry Benjamin (1885-1986), na década de 60. De qualquer modo, todas essas descrições foram muito importantes para a gênese do conceito de *Transtorno de Identidade de Gênero* que, unido às inovações tecnológicas que aconteceram na Medicina a partir do início do século XX, como o desenvolvimento de medicações e técnicas de intervenção cirúrgica, possibilitou a definição da conversão sexual como uma modalidade de tratamento para pacientes transexuais.

Diante desses fatos e com base nesta nosografia psiquiátrica, em 1997 o Conselho Federal de Medicina aprovou uma resolução que autoriza a realização de cirurgias de transgenitalização em pacientes transexuais no Brasil e estabelece os critérios que se tornaram condição de acesso à assistência médica e jurídica nesses casos. Considerando que este procedimento teria um caráter terapêutico, visto que “o paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação ou auto-extermínio”, a conversão sexual tornou-se um procedimento legal no país desde que fosse realizado em hospitais universitários ou públicos em caráter experimental. Em 2002 as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para feminino também passaram a ser autorizadas em hospitais públicos ou privados, independentemente da atividade de pesquisa, mas seguindo os critérios de acompanhamento já estabelecidos na primeira resolução.

Nesse contexto, podemos notar que a institucionalização da prática assistencial dirigida a transexuais está absolutamente condicionada a um diagnóstico psiquiátrico que ao mesmo tempo em que promove um debate sobre a questão da assistência desses indivíduos na rede pública de saúde, permitindo o acesso ao tratamento e o exercício de cidadania, é também um vetor de patologização e de estigma, que muitas vezes acaba por atribuir uma patologia ao paciente sem questionar as questões históricas, políticas e subjetivas dessa patologização (Arán, Murta, Zaidhaft, 2006). Frente a essa questão, iniciamos uma pesquisa exploratória sobre a psiquiatrização da transexualidade, buscando compreender de forma mais ampla como foi construído o entendimento da experiência transexual como um diagnóstico psiquiátrico e quais os efeitos dessa definição sobre as práticas de saúde.

Inicialmente, fomos conduzidos a rever quais são os pressupostos teóricos e clínicos para a definição da transexualidade como um transtorno psiquiátrico. Para tal, nos detivemos na construção histórica da diferença sexual e na patologização do prazer perverso, visto que a compreensão da transexualidade como patologia está baseada na interpretação de uma incoerência entre sexo e gênero (Arán, 2006:50) e há uma demanda de adequação dos corpos ao sistema classificatório binário heterossexual que foi produzido na modernidade. Contrariando a coerência essencial entre sexo biológico e gênero, o transexual não se encaixa em nenhum dos modelos propostos de identidade sexual e, em conformidade com as práticas discursivas do século XIX, resta-lhe exclusivamente ocupar o espaço que foi aberto pela psiquiatrização da homossexualidade: o de um transtorno psiquiátrico, o de uma patologia da identidade sexual, o de *Transtorno de Identidade de Gênero*. No entanto, a reflexão crítica realizada por autores como Michel Foucault e Judith Butler, entre outros, ao dispositivo da sexualidade, nos permite realizar um deslocamento da transexualidade deste território normativo da patologização. Para estes autores ser “sexuado” é estar submetido a um conjunto de regulações sociais, as quais constituem uma norma que, ao mesmo tempo em que norteia uma inteligibilidade e uma coerência entre *sexo*, *gênero*, prazeres e desejos, funciona como um princípio hermenêutico de auto-interpretação que exigem uma coerência entre *sexo*, *gênero*, prazeres e desejos (Butler, 2003:142). Neste sentido, “o verdadeiro sexo” é o efeito da naturalização de uma norma materializada (Arán, *ibid.*:51).

Em um segundo momento, optamos por realizar o estudo em duas etapas: a partir de uma pesquisa documental para levantar dados sobre a construção da assistência pública à transexualidade no Brasil e um trabalho de campo com o

objetivo de analisar uma proposta de assistência a transexuais, sua implantação e funcionamento, além de coletar dados mais consistentes sobre a experiência transexual.

Na primeira parte, buscamos investigar quais foram os caminhos percorridos para que a transexualidade viesse a se tornar um tema de discussão nos Serviços Públicos de Saúde do Brasil. Para tal, realizamos um levantamento de pareceres e resoluções do Conselho Federal de Medicina brasileiro, leis, projetos de lei, portarias e toda documentação disponível no Ministério da Saúde que abordasse o tema da transexualidade, seja pela questão da realização da cirurgia de transgenitalização e procedimentos complementares para a transformação do corpo, seja pela discussão sobre a definição da mesma como um transtorno psiquiátrico. Adicionalmente, coletamos dados a partir de relatórios e atas de encontros, jornadas e reuniões de profissionais que participam da assistência direta destes pacientes realizadas nos últimos cinco anos. Após este levantamento, os documentos foram analisados cuidadosamente em observância aos objetivos da pesquisa.

Na segunda parte, como mencionado anteriormente, foi efetuado o trabalho de campo que ocorreu no “Programa Interdisciplinar de Assistência a Pacientes Transexuais e Cirurgia de Transgenitalização” do HUCFF–UFRJ, que foi criado em 2003 a partir da crescente demanda de transexuais por cirurgia de transgenitalização e hormonioterapia, onde a pesquisadora atua como profissional e participa da pesquisa “Transexualidade e cirurgia de transgenitalização: Um desafio para a medicina”<sup>1</sup>. Nesse momento do estudo, utilizamos três técnicas para coleta de dados - observação livre do programa (incluindo a análise de prontuários de pacientes que já estiveram ou estão em atendimento), observação participante de

---

<sup>1</sup> Arán, M., Murta, D., Zaidhaft, S. Transexualidade e cirurgia de transgenitalização: Um desafio para medicina. Protocolo 073/02 CEP/HUCFF/UFRJ.

grupos terapêuticos mensais realizados no ambulatório de Saúde Mental com os pacientes e entrevistas semi-dirigidas com os mesmos - que permitiram mapear as características institucionais deste programa, descrevendo detalhadamente sua construção e atuação, analisar os efeitos da psiquiatrização da transexualidade nesse contexto e descrever a diversidade da experiência transexual.

Portanto, com a proposta de desenvolver uma problematização do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero como condição de acesso a redesignação sexual dividimos a presente dissertação em três capítulos. No primeiro capítulo faremos uma revisão sobre a genealogia dessa categoria psiquiátrica, buscando compreender de que forma se deu a psiquiatrização da condição transexual na atualidade e quais foram as bases teóricas que possibilitaram a construção do diagnóstico passando pelos principais autores e disciplinas que desenvolveram uma reflexão sobre o tema, assim como discutiremos algumas considerações críticas sobre a necessidade do diagnóstico psiquiátrico como condição de acesso aos serviços de saúde. No segundo capítulo analisaremos como foi o processo de legalização da cirurgia de transgenitalização no Brasil e como se deu a construção de serviços direcionados ao atendimento de transexuais no sistema público de saúde brasileiro. Por fim, no terceiro capítulo faremos uma análise de um programa assistencial a fim de verificar quais os efeitos da psiquiatrização da transexualidade nesse contexto e os paradoxos da trans-autonomia.

## **CAPÍTULO I**

### **GENEALOGIA DO TRANSTORNO DE IDENTIDADE DE GÊNERO**

#### **I. 1 – A psiquiatrização da transexualidade**

Para compreendermos a psiquiatrização da condição transexual na atualidade é importante nos determos na construção histórica da diferença sexual e na patologização do prazer perverso. Isto porque a compreensão da transexualidade como patologia está baseada na interpretação de uma discordância entre sexo e gênero e da necessidade de adequação dos corpos ao sistema classificatório binário heterossexual que foi produzido na modernidade.

Um dos fatos que marcaram o início da era moderna foi o surgimento do modelo essencialista da diferença sexual. Segundo Laqueur (2001:22), o “modelo de dois sexos” pode ser considerado fruto de um imperativo moral de reinterpretação do corpo, o qual instaurou uma matriz binária e hierárquica para fundamentar a diferença entre masculino e feminino. Desta forma, o corpo tornou-se um ponto de ancoragem para o discurso cultural sobre o lugar dos homens e das mulheres na sociedade, os quais passaram a ser compreendidos como radicalmente diferentes, mas complementares em função da sua suposta natureza.

Da Antiguidade até a Renascença o modelo vigente era do “sexo único” – o masculino -, o qual considerava que havia estruturas comuns na anatomia de homens e mulheres. Vale destacar que não se tratava de desconsiderar uma distinção entre os sexos, estes não eram considerados iguais, mas os critérios para diferenciação sexual não eram ancorados na biologia e na natureza. No mundo antigo, mais especificamente no pensamento de Galeno, existia uma diferença entre os sexos baseada no calor vital do corpo, de modo que homens e mulheres



possuiriam os mesmos órgãos sexuais, sendo a mulher uma versão imperfeita do homem, isto é, com órgãos sexuais internos e invertidos. Além disso, era concebida a possibilidade de um indivíduo do sexo feminino “evoluir” para o masculino de forma natural. Havia uma concepção de “graus de perfeição metafísica” na qual se supunha uma continuidade entre ser homem e ser mulher e onde a diferença estava calcada na perfeição representada pela exterioridade do órgão masculino (Laqueur, *ibid.*: 50).

A partir do século XVII houve significativas mudanças na concepção da diferença sexual. A idéia do homem como representante singular e perfeito das características humanas caiu por terra e a mulher deixou de ser um equivalente inacabado do sexo masculino passando a ter sua própria identidade sexual. Entretanto, a hierarquia entre os sexos se manteve apesar de não haver mais referência a uma determinada perfeição masculina. Em função da necessidade de redefinição de papéis para manutenção da ordem social burguesa e para manutenção da mulher em seu lugar de inferioridade em relação ao homem, os sexos feminino e masculino foram diferenciados social e culturalmente a partir de argumentos anatômicos. De acordo com Nunes:

“... O problema então, era como justificar a dominação da mulher pelo homem, sua exclusão da esfera pública e as diferenças sociais, se todos deveriam ter os mesmos direitos. O século XVIII trouxe então novas ‘luzes’ sobre o problema; o dilema foi resolvido pela ancoragem da diferença social e cultural dos sexos em uma biologia da incomensurabilidade, a partir da qual homens e mulheres são tratados como radicalmente diferentes. A consequência lógica desse percurso foi que, a partir da idéia de uma diferença biológica ‘natural’, passou-se a justificar e propor inserções sociais diferentes para os dois sexos” (Nunes, 2000:37).

Desde então, a natureza passa a servir de base para a fundamentação da diferença, sendo que o prazer sexual, a anatomia dos ossos e posteriormente a tessitura da vida nervosa passam cada vez mais a constituir corpos materializados a

partir de características masculinas e femininas. Segundo Nunes (ibid.:38), surge aí a diferença de gênero acoplada à diferença sexual, na qual compreende-se que cada indivíduo apresenta especificidades que vão variar de acordo com seu sexo e que vão complementar essas mesmas especificidades do sexo oposto.

Uma das diferenças mais significativamente demarcadas na materialização do corpo feminino foi a valorização do útero, que passou de um órgão imperfeito para o representante da nobre função da maternidade. A sexualidade feminina foi caracterizada como absolutamente diferente da masculina, sendo atribuída à mulher uma essência reprodutiva e negligenciado o seu prazer sexual. Nesse contexto, foram destacadas partes específicas de sua anatomia, como o crânio menor e a pelve mais larga, para legitimar a desigualdade social e política entre os sexos. Deste modo, a mulher foi considerada um complemento do sexo masculino por sua vocação para a esfera doméstica devido ao seu menor nível intelectual e sua característica “nervosa”, ou seja, o sexo feminino seria mais influenciado pelas paixões e por conta disso não poderia assumir funções político-econômicas.

Retomando historicamente as noções de sexo, gênero e identidade, podemos observar que o “modelo de dois sexos” é fruto de uma construção política e social da modernidade. No entanto, além de configurar uma diferença ontológica entre o masculino e feminino, esta matriz também serviu de base para impor um modelo de sexualidade.

Em *História da Sexualidade I – A Vontade de Saber*, Foucault (1988) demonstra como nos séculos XVII e XVIII surgiu um dispositivo de saber e poder que deu origem a uma produção discursiva sobre o sexo, estabelecendo normas e padrões de identidade. O autor argumenta que sexo não é um fenômeno natural, não é um atributo do corpo, mas sim um produto histórico, resultado de regulações

sociais que tem como conseqüências o estabelecimento de parâmetros de normalidade e a instituição de categorias para definir as identidades sexuais.

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

Uma das conseqüências deste raciocínio é a idéia de que existiria “um verdadeiro sexo”, ou seja, uma compreensão de que cada indivíduo tem uma essência sexual determinada pela natureza. Segundo Foucault (2004: 83), as teorias biológicas da sexualidade, as condições jurídicas do indivíduo e as formas de controle administrativo dos Estados modernos do século XVIII, promoveram uma gradual recusa da idéia de mistura dos dois sexos em um só corpo e restringiram a livre escolha pela identidade sexual daqueles indivíduos que apresentavam algum tipo de ambigüidade por entender que “as fantasmagorias da natureza podem servir aos abusos da libertinagem”. Nesse sentido, passou a existir uma exigência de definição sexual com base na natureza na qual a Medicina tinha a função moral de diagnosticar o único e verdadeiro sexo dos indivíduos, principalmente, quando o mesmo estava encoberto pelas formas do sexo oposto ou sob aparência confusa, tal como a hermafrodita Herculine Barbin<sup>2</sup>.

Nota-se que nesse momento se constituiu na tradição ocidental moderna um discurso científico sobre o sexo com o estabelecimento de normas e padrões sexuais que nos conduzem a conseqüências tais como a psiquiatrização do prazer perverso e a problematização da questão da homossexualidade. Podemos observar que este discurso sobre a sexualidade do século XVIII culminou na constituição do

saber psiquiátrico do século XIX, quando o conhecimento científico sobre os comportamentos denominados perversos foi incorporado pela medicina e seu significado serviu para designar aquilo que fugia a uma determinada norma da atividade sexual (Peixoto Jr., 1999: 31).

Inicialmente, o interesse sobre as questões relacionadas a comportamentos sexuais pertenciam ao campo jurídico, sendo que o parecer médico somente era solicitado em situações esporádicas. Nesse período, a preocupação com a sexualidade não estava relacionada com sua psicopatologia, mas sim com as conseqüências dos comportamentos perversos. Depois disso, com o surgimento da sexologia, a sexualidade perversa tornou-se objeto de intervenção do médico-psiquiatra, a quem coube, a partir de então, definir como patologia o que era interpretado como depravação e deslocar o que era da ordem da punição para o tratamento. Conforme Lanteri-Laura:

“... Os comportamentos perversos eram ignorados enquanto tais e só se viam condenados por suas conseqüências. A medicina não tinha muito o que fazer nessa área; a instrução e o julgamento prescindiam dela de bom grado e, quando havia perícia, era menos para sustentar um discurso psicopatológico sobre o réu do que para descrever ao tribunal os danos sofridos pela vítima; podemos dizer que todo o esforço dos peritos consistiu em passar do estudo dos danos da vítima (membrana himenal intacta ou rompida, presença de esperma em tal ou qual cavidade anatômica etc.) para a análise clínica do acusado.” (1994: 16).

Nesse momento, os dispositivos de saber consideravam que a sexualidade era governada por um instinto, que se fosse desviado era indicador de alguma espécie de alienação mental, de uma degeneração. Contudo, foi somente no final do século XIX que a diversidade do comportamento sexual foi agregada de fato ao discurso médico supostamente deixando de lado pressupostos morais e

---

<sup>2</sup> Foucault escreveu o prefácio da publicação das memórias de Herculine Barbin, demonstrando como a medicina e a justiça do século XIX contruíram a noção de identidade sexual, através de um dispositivo de saber e poder.

preconceitos em favor de uma cientificidade (Lanteri-Laura, *ibid.*: 18). A partir disso, houve um maior interesse da psiquiatria pelas singularidades da vida sexual, o que foi determinante na construção de uma semiologia dos comportamentos definidos como anormais.

Assim, observamos que o discurso positivista da psiquiatria e sexologia do século XIX teve uma função ideológica para além de sua função racional como um novo campo de saber (Lanteri-Laura, *ibid.*: 28). A medicina, munida de seu conhecimento, ocupou o lugar normativo que anteriormente pertencia à Igreja e definiu os limites da normalidade no que se refere ao sexo. Conseqüentemente, demarcou a fronteira entre o lícito e o ilícito na vida sexual que, sob a ótica de um modelo binário heterossexual reprodutivo, significou que tudo aquilo que estava no registro da reprodução e era desprovido de prazer seria lícito e normal, e tudo o que desviasse do objetivo final do instinto sexual seria ilícito e anormal.

A partir de então, surge a noção de perversão como denominação científica da corrupção do instinto sexual. Este termo foi tomado pela Medicina para definir os casos que apresentavam alguma alteração de função, se tornando o modo habitual para definir os comportamentos sexuais singulares. Compreendido como um distúrbio que não estava relacionado com o excesso ou com a falta, tinha em seu significado um conceito pejorativo confundido com a depravação, que passou a ser utilizado também pelo senso comum. Para Lanteri-Laura (*ibid.*:25), a conotação de disfunção qualitativa atribuída à perversão seria uma metáfora moralista que deu a este conceito os atributos de uma alienação mental, uma degeneração, tal como a loucura moral.

Nesse panorama, diante de uma norma heterossexual e reprodutiva a qual atribuía ao prazer perverso um caráter patológico, organizou-se uma semiologia em

torno da homossexualidade e podemos verificar que este conceito foi um dos eixos primários para as explorações da sexologia do século XIX, passando por diversas teorizações (Lanteri-Laura, *ibid.*: 29).

Em princípio, as discussões sobre a homossexualidade não estavam relacionadas à devassidão. Autores como Ulrichs e Westphal, com suas teses sobre o uranismo<sup>3</sup> e a inversão sexual<sup>4</sup>, respectivamente, defendiam a origem congênita da homossexualidade, aproximando-a da natureza. Além destas, houve também outras interpretações, como as explicações psicológicas de Binet, que destacava nesses casos a importância das experiências infantis, acreditando que elas podiam explicar a aquisição do comportamento homossexual e possibilitar seu tratamento. Há, ainda, o trabalho de Moll, no qual são valorizados os aspectos sociais e no qual a inversão sexual é distanciada do hermafroditismo.

Segundo Peixoto Jr. (*ibid.*:39), foi Von Krafft-Ebing, guiado pelo pensamento das teorias da degeneração e da neurastenia, o responsável pelo grande catálogo das perversões no âmbito da sexologia psiquiátrica. A partir da delimitação de satisfações eróticas que não objetivavam a preservação da espécie, o autor aproximou prazer e perversão e passou a descrever a diversidade das mesmas. Deste modo, em *Psychopathia Sexualis* observamos uma divisão específica das anomalias sexuais, referindo-se a uma série de problemáticas, que com exceção da homossexualidade, são apresentadas como “monstruosas” ou “ridículas” mas com características peculiares (Lanteri-Laura, *ibid.*: 40).

Entretanto, sem descartar o valor desta obra, alguns estudiosos entenderam que a diversidade das perversões demandou uma classificação que tivesse um caráter mais adequado ao método científico. Nesse sentido, Magnan propôs, em

---

<sup>3</sup>Uma alma de mulher num corpo de homem que só sentia desejo e paixão por homens absolutamente viris (Lanteri-Laura, *ibid.*:30).

1885, uma interpretação da sexualidade derivada de explicações neurofisiológicas na qual era a anátomo-fisiologia que permitia apreender os fenômenos perversos. Em sua teorização, a fisiologia permitia imaginar modelos funcionais para as perversões que as tornassem aparentemente menos diversas. Além disso, esta concepção de uma perturbação no funcionamento cerebral reafirmou seu entendimento como um desequilíbrio mental que pertencia ao campo médico.

Sendo assim, ao apropriar-se do campo das perversões a medicina tornou-se a maior referência no assunto. Desenhando uma fronteira entre o normal e o patológico no campo da sexualidade e possibilitando a instauração de uma normatividade sexual, a sexologia e a psiquiatria do século XIX permitiram a construção de uma psicopatologia que determinou o caráter de anormalidade dos casos que não se adequavam à norma sexual e acabou influenciando a organização da idéia de “identidade de gênero”, isto é, uma concepção de identidade sexual que supõe uma coerência entre sexo biológico, gênero e comportamento sexual.

Nesse contexto em que a construção de uma semiologia dos comportamentos e identidades sexuais estabelece a necessidade de uma compatibilidade entre a identidade de gênero e a anatomia, surgem as primeiras referências sobre transexualismo e a descrição de outras alterações das características psicosexuais da personalidade como a metamorfose psicosexual e o hermafroditismo psíquico (Von Krafft-Ebing, 2000:165,174). Uma das principais referências localiza-se em 1893 quando Von Krafft-Ebing descreveu um caso de transexualismo masculino, a partir de um relato autobiográfico<sup>5</sup>. Além disso, este autor também desenvolveu um

---

<sup>4</sup>Uma maneira de sentir o sexual oposta ao habitual.

<sup>5</sup> Trata-se da autobiografia de um transexual masculino húngaro, nascido em 1844, que enviou uma carta à Krafft-Ebing, descrevendo sua experiência de identificação com o sexo feminino desde a infância. Segundo sua descrição, desde criança sentia-se atraído por atividades e vestimentas tipicamente femininas, além de ser alvo de zombarias por apresentar aparência e atitudes de menina. Relata que na adolescência tinha um claro sentimento de preferir ser uma jovem senhora, tomando cuidado para que isso não fosse notado por outras pessoas. Embora não conseguisse compreender

“esquema das neuroses sexuais”<sup>6</sup>, onde discorre sobre patologias que apresentam desde alterações da “personalidade psíquica”, até o desejo de transformação corporal (Sadeeh, 2004:24).

Contudo, cabe salientar que segundo Castel (2001:81), o termo transexualismo foi utilizado pela primeira vez por Magnus Hirschfeld - *Die Transvestiten* (1910) – onde esta denominação é utilizada para fazer referência ao “transexualismo psíquico”. Posteriormente, foram desenvolvidos outros estudos para a compreensão do fenômeno transexual e na segunda metade do século XX, finalmente, aconteceram as primeiras cirurgias de transgenitalização, marcando o interesse da medicina sobre a transexualidade até sua efetiva apropriação como um transtorno psiquiátrico.

Portanto, a partir da análise deste dispositivo de saber e poder, podemos observar que a transexualidade somente pôde ser compreendida como uma patologia. Contrariando a coerência essencial entre sexo biológico e gênero, o transexual não se encaixa em nenhum dos modelos propostos de identidade sexual e, em conformidade com as práticas discursivas do século XIX, resta-lhe exclusivamente ocupar o espaço que foi aberto pela psiquiatrização da homossexualidade: o de um transtorno psiquiátrico, uma patologia da identidade sexual, o de *Transtorno de Identidade de Gênero*.

Nesse sentido, o fenômeno transexual coloca em questão de forma radical a insuficiência de nosso sistema classificatório de sexo e gênero e destaca um sistema que delimita os espaços entre o normal e o anormal no campo da identidade sexual. A transexualidade denota que a matriz binária heterossexual abriu espaço para a

---

sua condição, na idade adulta casou-se na expectativa que seu sentimento de ser um membro do sexo feminino se modificasse. No entanto, depois disso sua “disposição feminina” se acentuou e passou a sentir-se como “uma mulher em forma de homem” que tem que encenar diariamente ser um membro do sexo masculino.



constituição de uma nosografia psiquiátrica do transexualismo e, em consequência, inaugurou um campo assistencial voltado para o tratamento desta patologia. Sendo assim, podemos pensar que o que determina os limites para o estabelecimento do diagnóstico de transexualismo é uma herança do pensamento ocidental moderno aliada à grande influência da psiquiatria e sexologia do século XIX.

## **I.2 – A construção do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero**

De modo geral, localiza-se o surgimento do fenômeno da transexualidade não a partir do debate sobre o diagnóstico, mas, fundamentalmente a partir da primeira intervenção terapêutica tornada pública: a cirurgia do ex-soldado do exército americano George Jorgensen realizada por Christian Hamburger, em 1952 na Dinamarca (Frignet, 2002:23), que se tornou a matriz das transformações corporais demandadas por transexuais no mundo inteiro. Embora as vaginoplastias e faloplastias já fossem técnicas conhecidas anteriormente, sendo a primeira intervenção cirúrgica desse tipo realizada efetivamente por Felix Abraham na Alemanha em 1921, observamos que a intervenção no ex-soldado americano tem um significado histórico que não se refere apenas à possibilidade de mudar médica e cirurgicamente a aparência sexual, mas por ter inaugurado uma ampla discussão em torno da identidade sexual e das categorias de gênero (Castel, *ibid.*:85). Além disso, esta intervenção inaugural suscitou a problematização das consequências deste procedimento que teve um aumento expressivo de demanda e passou a ser realizado em diversos países.

“A difusão mundial da história de Georges Jorgensen, GI que se tornou Christine, graças a Harry Hamburger e à equipe dinamarquesa de Christian Hamburger, e que foi eleito “mulher do ano” em 1953, vai alimentar a reflexão sociológica sobre a identidade sexual e a relatividade das categorias do gênero com

---

<sup>6</sup> “Patologia geral: neurológica e psicológica”.

as situações vividas cada vez mais numerosas. A repercussão do caso na mídia logo pareceu favorecer a multiplicação vertiginosa das demandas (embora se pensasse atingir apenas uns poucos casos marginais), a ponto de suscitar as interrogações de Hamburger.” (Castel, *ibid.*: 88)

Contudo, como mencionado anteriormente, a transexualidade faz parte da literatura psiquiátrica desde o século XIX, sendo as descrições deste período muito importantes para a construção genealógica do *Transtorno de Identidade de Gênero* e especialmente para sua significação como uma patologia da identidade sexual<sup>7</sup>.

Podemos observar que depois de quase quarenta anos houve uma retomada da temática transexual, com a utilização precisa do termo introduzido por Hirschfeld em 1910, quando o Dr. David O. Cauldwell (1897-1959) trouxe a público um estudo de caso sobre um transexual feminino. No artigo intitulado *Psychopathia Transexuallis*, de 1949, o autor define o transexualismo como um desvio sexual raro que se caracteriza por um desejo mórbido-patológico de ser membro do sexo oposto e pela demanda de realizar a cirurgia para modificação do sexo. Segundo Cauldwell (2001), esta condição geralmente é fruto da pobreza e de um ambiente desfavorável na infância, embora a maioria dos casos conhecidos não fossem de pessoas pobres. Para ele, quando o indivíduo não se sentisse adequado ao seu sexo biológico, seria um indivíduo mentalmente deficiente, sendo sua condição psicológica a própria doença. Nesse sentido, o desejo de ser membro do sexo oposto deveria ser definido então como uma doença mental com vários níveis e passível de ser tratada: a *psycopathia transexuallis*.

---

<sup>7</sup> Ver tópico anterior onde fazemos referência a obra de Von Krafft-Ebing e Magnus Hirschfeld.

“Quando um indivíduo que é afetado psicologicamente de modo desfavorável decide viver e parecer como um membro do sexo a que ele ou ela não pertencem, tal indivíduo é o que pode ser chamado um *psicopata transexual*. Isto significa, simplesmente, que o indivíduo é mentalmente insalubre e por causa disso a pessoa deseja em viver como um membro do sexo oposto”. (Cauldwell, *ibid.*)<sup>8</sup>

A partir de então, foram esboçadas as primeiras características que definiam a condição transexual e, mais precisamente, a diferenciava da homossexualidade e do travestismo. Além disso, se inicia uma produção acadêmica em torno da defesa da especificidade do “fenômeno transexual”. De acordo com Bento (2006:40), nesse momento tem início o “dispositivo da transexualidade”, tendo em vista que ao mesmo tempo em que se configura a produção de um saber específico são propostos modelos de tratamento para esses casos.

### 1.2.1 Harry Benjamin e a invenção “do fenômeno transexual”

Nesse contexto, Harry Benjamin (1885-1986), endocrinologista alemão que emigrou para os Estados Unidos em 1902, retoma os trabalhos de Cauldwell e Hirschfeld trabalhando em favor da realização da cirurgia de conversão sexual por entender que esta seria o único tratamento possível para transexuais. Ao mesmo tempo, se posicionava duramente contra a Psiquiatria e à Psicanálise, às quais demonstravam certa resistência, chegando a atacá-las violentamente em seu artigo *Transvestism and Transsexualism*, de 1953, bem como os tratamentos psicoterapêuticos dirigidos a transexuais e travestis (Bento, 2006:40). A grande diferença entre Benjamin e os profissionais de Saúde Mental, especialmente os

---

<sup>8</sup> Tradução da autora. “When an individual who is unfavorably affected psychologically determines to live and appear as a member of the sex to which he or she does not belong, such an individual is what may be called a *psychopathic transsexual*. This means, simply, that one is mentally unhealthy and because of this the person desires to live as a member of the opposite sex.”

psicanalistas, se localizava em sua concepção de que havia alguma ligação entre o transexualismo e a endocrinologia, principalmente após a realização da bem-sucedida cirurgia de George Jorgensen.

Apoiado nos avanços dos estudos biológicos do século XX, em especial os estudos genéticos, Harry Benjamin (1999:4) propõe que não haveria mais uma divisão absoluta entre “masculino” e “feminino”, sendo inadequada a determinação do sexo do indivíduo baseada puramente nas diferenças anatômicas. Para ele, o sexo seria composto por diversos componentes, a partir de uma composição dos sexos cromossômico, genético, anatômico ou morfológico, genital, gonádico, legal, germinal, endócrino (hormonal), psicológico e social.

O sexo cromossômico (XX e XY) seria o verdadeiro sexo, aquele que determina tanto o sexo como o gênero e que não deve ser confundido com o sexo genético que refere-se a possíveis falhas genéticas que determinam a predisposição a desvios sexuais ou problemas mentais. O sexo anatômico é aquele composto pelas características sexuais primárias (testículos ou ovários) e secundárias (pênis, saco escrotal, próstata, pêlos, voz grossa e traços psicológicos masculinos nos homens e nas mulheres clitóris, vulva, útero, menstruação, vagina, mamas, pélvis larga, voz feminina, pouco pêlo, traços psicológicos femininos como timidez, emoção e aquiescência) de cada sexo. Benjamin (ibid.:7) destaca aí uma subdivisão entre o sexo genital e o sexo gonádico, afirmando que este pode ser dividido em duas partes, visto que as gônadas têm duas funções diferenciadas: produzem hormônios (sexo endócrino) e têm como função a procriação (sexo germinal). Já o sexo genital é o que permite a diferenciação entre masculino e feminino pela simples visualização dos órgãos sexuais definindo o sexo legal, o qual vai definir o nome e o sexo nos documentos.

Vale destacar que para Benjamin as características que definem se um indivíduo é macho ou fêmea não significam o mesmo que masculinidade e feminilidade, afirmando que esta última categoria refere-se ao gênero e aquela ao sexo. Em sua concepção, ser masculino ou feminino são características herdadas, mas também são produtos do sexo endócrino que não está ligado apenas às glândulas sexuais. Desta forma, considera que todos os indivíduos são constituídos por características tanto masculinas quanto femininas, sendo a predominância de fatores de cada um deles o que vai definir o sexo em conjunto com a influência do meio social sobre o comportamento. Ao mesmo tempo, destaca que, exceto o sexo genético, esses “tipos de sexo” não são fixos e podem ser modificados através de tratamentos hormonais ou procedimentos cirúrgicos.

Para Benjamin (ibid.:9), o sexo mais flexível e mais importante é o sexo psicológico, que segundo sua definição pode estar em oposição a todos os outros sexos e quando isso acontece gera grandes problemas. Em relação a esse aspecto discorda, novamente, dos psiquiatras e psicanalistas que atribuem tal discrepância a condições desfavoráveis para um desenvolvimento normal na infância e refere-se diretamente aos casos de transexualismo que considera o maior exemplo de ruptura sexual existente, visto que na maioria das pessoas o sexo social – sexo pelo qual você se identifica no mundo – e o sexo psicológico fundem-se harmoniosamente com os outros sexos.

“Tal *sinfonia dos sexos* é uma regra. Também os distúrbios podem ocorrer mais freqüentemente do que se supõe geralmente. Infelizmente, nossas convenções e nossas leis não têm nenhuma compreensão, nenhuma tolerância com aqueles em quem a natureza ou a vida (natureza ou educação) criou dissonância em sua sexualidade. Tais indivíduos são freqüentemente condenados e banidos. Entre eles encontramos os transexuais, travestis, castrados, homossexuais, bissexuais e outros desviantes.” (Benjamin, ibid.:10)<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Tradução da autora. “Such more or less perfect *symphony of the sexes* is the rule. Yet, disturbances may occur more often than is usually assumed. Unfortunately, our conventions and our laws have no understanding, no tolerance for those in whom nature or life (nature or nurture) have created a

Nesse panorama, considerando qualquer manifestação de discordância entre sexo e gênero um evento incluído no campo da patologia, Benjamin elaborou uma teoria na qual dividiu o travestismo masculino em três categorias distintas de acordo com o quadro clínico que apresentavam e que podiam variar de um grau mais leve ao um grau mais severo (Benjamin, *ibid.*:15). O grupo 1 refere-se aos indivíduos que querem apenas vestir-se e ser aceitos como um membro do sexo feminino e que o pênis é um órgão de prazer, ressaltando que seu conflito é com a sociedade e com a lei. O grupo 2 seria um estágio intermediário de um distúrbio emocional que localiza-se entre o travestismo e o transexualismo, pois estes indivíduos querem, além de ser reconhecidos como membro do seu sexo psicológico através do vestuário, experimentar mudanças físicas que não incluem a alteração de sua genitália. De acordo com Benjamin (*ibid.*:16), essas pessoas não se beneficiariam de psicoterapias e seu conflito seria não apenas com a sociedade e a lei, mas também com a medicina. Por fim, o grupo 3 que inclui o verdadeiro transexualismo, no qual o paciente teria um maior grau de desorientação de sexo e gênero e distúrbio emocional mais profundo. Nesses casos, descrevem que os órgãos sexuais são fontes de extrema tristeza e ódio e, em geral, são assexuados. Nesse sentido, para Benjamin todo travesti, com sua discordância entre sexo e gênero seria, em algum grau de intensidade, um transexual.

Embora os subtipos apresentados fosse um primeiro passo na classificação destas “síndromes”, não se tratava ainda de um material satisfatório, especialmente para a realização de diagnósticos. Assim, a partir de tal teorização e inspirado na

---

dissonance in their sexuality. Such individuals are frequently condemned and ostracized. Among them we find transsexuals, transvestites, eunuchoids, homosexuals, bisexuals, and other deviates. These latter, however, are not under consideration here.”

Escala Kinsey<sup>10</sup>, Harry Benjamin criou a Escala de Orientação Sexual<sup>11</sup> (*Sex Orientation Scale - S.O.S*), um guia diagnóstico através do qual seria possível avaliar a discordância entre os sexos, principalmente a incompatibilidade entre os componentes psicossociais e biomorfológicos. Ilustrando seis tipos diferentes de síndrome de travestismo-transsexualismo de acordo com observações clínicas. Tal escala tornou-se um marco na conceituação do transexualismo pela possibilidade de esquematizar a diferença entre transexuais, travestis e homossexuais (Anexo 1).

Outro ponto que se destaca na teorização desse autor sobre a condição transexual é a forma como compreende sua etiologia. Em sua concepção as causas do transexualismo e a origem do desejo de mudar o sexo ultrapassam os aspectos psicológicos e, nesse sentido, devem ser investigadas de forma mais precisa. Conforme Harry Benjamin demonstra em sua obra *O Fenômeno Transexual* (ibid.), na década de 60 não se sabia exatamente o que determinava a emergência do transexualismo, vigoravam apenas duas hipóteses diversas: as teorias que consideravam que havia alguma causa biológica – genética ou endócrina - e as que supunham que se tratava de algo puramente psicológico. As possíveis causas psicológicas eram, nesse contexto, as mais difundidas e tinham mais aprovação do que aquelas que podem ser chamadas de teorias “orgânicas”.

De acordo com a perspectiva psicológica sobre as origens do transexualismo, este fenômeno seria resultado de uma falha em um mecanismo de aprendizagem operado na infância no qual um estímulo particular estabelece imediatamente um comportamento padrão irreversível – *imprinting* – associado a experiências

---

<sup>10</sup> Define sete categorias entre heterossexualidade e homossexualidade, permitindo um número de estágios intermediários entre completamente heterossexual e completamente homossexual (Benjamin, ibid.:18).

<sup>11</sup> Nessa escala, há sete categorias que definem a orientação de sexo e gênero, sendo o tipo 0 (zero) aquele que descreve a média das pessoas, ou seja, aqueles que não desejam nem se apresentar como membro do sexo oposto ou mudar de sexo. Todo indivíduo que estiver incluindo nesse tipo ou categoria pode ser definido como normal independentemente se é heterossexual ou homossexual.

desfavoráveis e a um fator constitucional do indivíduo (Benjamin, *ibid.*:20). Dessa forma, as desordens de papel de gênero seriam resultado de um estímulo perceptual errado na infância unida a um meio social específico e a uma possível predisposição.

Embora fosse largamente aceito na literatura científica que as influências psicológicas da infância seriam as causas do travestismo, transexualismo e homossexualidade, tal teorização foi alvo de críticas devido a sua impossibilidade de comprovação (Benjamin, *ibid.*:9). Nesse sentido, a noção de que há um fator constitucional que de alguma forma possibilita essas desordens tomou força abrindo ainda mais espaço para teorizações biológicas a respeito da sexualidade, ainda que nenhuma causa genética ou endocrinológica associada à manifestação do transexualismo tivesse sido até então provada. Alguns pesquisadores sustentavam a tese de que existiria alguma anormalidade cromossômica ou alteração hormonal que estivesse associada a esta condição. Para eles, a ausência de fatores que comprovassem essas teorias ou resultados duvidosos não eram o suficiente para negar uma etiologia orgânica do transexualismo.

Segundo Benjamin (*ibid.*:133), posteriormente aconteceram novas pesquisas que possibilitaram a elaboração de teses relacionadas à etiologia genética e endocrinológica do transexualismo que foram denominadas no campo científico de teoria neurocerebral. De acordo com estes estudos, as estruturas e centros neurais do cérebro são alvo de influências hormonais e através da genética poder-se-ia definir como esses hormônios exercem influência sobre o cérebro. Assim, os hormônios teriam um papel importante na determinação do comportamento sexual organizando o tecido neural. Outras causas orgânicas na mesma linha



neurocerebral, como infecções ou ferimentos no cérebro no período do nascimento, foram levadas em consideração, mas nenhuma evidência foi encontrada.

Nesse contexto, Harry Benjamin se apóia nas teorias neurocerebrais para explicar a suposta anomalia biológica dos transexuais ditos verdadeiros. Sendo assim, argumenta que acontecem algumas mudanças hormonais antes do nascimento que promovem modificações permanentes nas estruturas cerebrais ocasionando a desordem de identidade de gênero. Vale destacar que não desconsidera a função do fator psicológico no desenvolvimento e na intensidade<sup>12</sup> do fenômeno transexual, mas contempla a neurofisiologia e a genética como os campos que realmente podem esclarecer as causas dessa condição de forma concreta e científica.

“O condicionamento na infância e o possível *imprinting* sem dúvida tem uma conexão com o desenvolvimento e a intensidade do fenômeno transexual, mas pode apenas ser considerado como algo que contribui ou uma de suas variadas causas. A presença de uma origem ou predisposição inata, orgânica, mas não necessariamente hereditária parece mais e mais provável. (...). Os refinamentos na genética (cromossômicos) devem achar a chave. Experimentos de fisiologia cerebral e investigações neurológicas devem ser a grande promessa. Naturalmente, anomalias inatas, isto é, orgânicas na estrutura de certos centros cerebrais teriam suas bases genéticas. (...) Se isso se confirmar, que o comportamento homossexual pode desenvolver mudanças orgânicas tal como a remoção de um tumor de certa região do cérebro, um novo aspecto da sexualidade humana, incluindo o transexualismo, pode emergir como fato, não apenas como especulação”(Benjamin, *ibid.*:133)<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> De acordo com a Escala de Orientação Sexual.

<sup>13</sup> Tradução da autora. “Childhood conditioning and possible imprinting undoubtedly have a connection with the development and the intensity of the transsexual phenomenon, but can only be considered as contributory or as one of several possible causes. The presence of an inborn, organic, but not necessarily hereditary origin or predisposition appears more and more probable.(...) Ever greater refinements in genetic (chromosomal) studies may find a clue. Brain physiological experiments and neurological investigations may hold even greater promise. Naturally, inborn, that is, organic, abnormalities in the structure of certain brain centers would have their genetic basis. If it should be confirmed, for instance, that homosexual behavior can develop after organic changes such as the removal of a tumor from a certain brain region, a new and startling aspect of human sexuality, including transsexualism, could emerge as factual, not only as speculative.”

Diante de tais concepções, Benjamin sustentou o argumento de que só as intervenções cirúrgicas aliadas à utilização de hormônios tem valor terapêutico para os casos de transexualismo. Deste modo, qualquer possibilidade de tratamento psiquiátrico ou psicoterápico com o objetivo de reverter o transexualismo é rechaçada por ele sendo esta condição interesse quase exclusivo da endocrinologia.

### 1.2.2 John Money e a separação entre sexo e gênero

Paralelamente ao trabalho de Benjamin, observamos também que após a Segunda Guerra Mundial os estudos sobre a transexualidade tomaram força nos Estados Unidos através de investigações sócio-antropológicas sobre os fatores que influenciavam na definição da identidade sexual dos indivíduos. Tais estudos retomaram as discussões entre natureza e cultura, entre inato e adquirido e promoveram a separação conceitual entre sexo (biológico) e gênero (social).

Segundo Frignet (ibid.:87), a utilização do conceito de gênero dissociado do sexo ganhou destaque em 1955, a partir de John Money, psiquiatra que desenvolveu pesquisas com crianças intersexuais<sup>14</sup> no Hospital John Hopkins em Baltimore. Com o objetivo de esclarecer quais as relações entre a identidade nuclear de um indivíduo (*core identity*), sua anatomia, sua fórmula cromossômica e seus hormônios, Money introduziu a noção de gênero para diferenciar o sexo biológico da identidade sexual e, assim, apresentou uma nova possibilidade de se compreender condições nas quais há uma discordância entre elas, tal como ocorre no transexualismo.

---

<sup>14</sup>Crianças com anomalias sexuais congênitas.

“Substituir o sexo pelo gênero permite propor, à primeira vista, uma explicação elegante do transexualismo: haveria, de um lado, o sexo real, o da reprodução sexuada, imposto pela natureza, consagrado em geral pela aparência e quase sempre aceito pelo indivíduo; e, do outro, o registro subjetivo do gênero que, na maioria dos indivíduos, concordaria com o sexo, o transexualismo mostrando, no entanto, a possibilidade de uma discordância.” (Frignet, *ibid.*:88)

Ao longo de suas pesquisas Money buscou demonstrar a independência radical entre o social e o biológico, definindo que o comportamento masculino ou feminino é influenciado pelo social. Deste modo, a educação seria modeladora do gênero dos indivíduos e este, por sua vez, prevaleceria em relação ao sexo biológico. De acordo com Money (1969:92), a identidade sexual é construída ao longo dos primeiros anos de vida, ou seja, não nascemos homem ou mulher, mas passamos por um processo irreversível, que constitui nossa *identidade de gênero*<sup>15</sup> e que só vai alcançar sua completa expressão com a maturidade sexual.

Vale destacar que a tese de Money foi alvo de muitas críticas, especialmente do movimento feminista, devido à visão estereotipada de masculinidade e feminilidade que propôs e que utilizava em sua prática no atendimento a intersexuais. De acordo com Löwy (2003: 87), características típicas de um determinado sexo, como gostar de bonecas ou brincar de bola, eram dados de extremo valor que unidos à pressuposição de uma heterossexualidade natural definiam como seria a adequação sexual de modo a extinguir qualquer possibilidade de ambigüidade, isto é, qual seria o sexo a partir da intervenção cirúrgica.

De qualquer modo, os resultados de seus estudos tiveram grande relevância em diversos campos, como a medicina e a antropologia, possibilitando novas teorizações e reflexões sobre os efeitos da distinção entre o sexo biológico e o

---

<sup>15</sup> Segundo Löwy (2003:88), assim como Harry Benjamin, nos estudos sobre a intersexualidade induzida por perturbações hormonais, John Money adere as teorias neurocerebrais desenvolvidas na

gênero psicossocial (Castel, *ibid.*:87). Além disso, suas teses foram essenciais na construção de um campo assistencial e teórico da transexualidade que culminou na fundação de instituições e serviços direcionados ao atendimento dessa clientela.

### I. 2.3 A construção do diagnóstico psiquiátrico de *Disforia de Gênero*

Sendo assim, podemos observar que duas grandes linhas teóricas – uma endocrinológica e outra psicossocial – foram produzidas ao longo do século XX na tentativa de explicar a questão da transexualidade gerando repercussões importantes nesse campo. A primeira delas é a apropriação do fenômeno transexual pela medicina através da proposição de tratamentos direcionados a transexuais e a segunda, como demonstra Castel (*ibid.*:89), é a criação de um problema médico-legal visto que esse tipo de intervenção médica, que estava acontecendo de forma crescente, não era permitida em todos os países e estava gerando pedidos de redefinição do sexo civil.

Diante disso, era necessário que as redesignações sexuais estivessem inseridas em processos terapêuticos formais e que os procedimentos fossem normatizados, o que culminou na criação de centros de transgenitalização e na elaboração de protocolos de atendimento com base nas definições de Harry Benjamin. A partir destas premissas, Norman Fisk, em 1973, fundamenta uma nosografia psiquiátrica para o transexualismo, ancorada fundamentalmente num auto-diagnóstico, e em 1977 o transexualismo é incorporado à categoria psiquiátrica de *Disforia de Gênero* que incluía, além desta condição, outras “enfermidades” ligadas à identidade de gênero.. Esta denominação, que designa a insatisfação decorrente da discordância entre o sexo biológico e a identidade sexual de um

---

década de 60. Contudo, ele recusa a idéia fundamental dessa teoria segundo a qual a identidade

indivíduo, trazia a descrição da experiência transexual e apontava como a única possibilidade de tratamento a realização da cirurgia de conversão sexual e a utilização de hormônios. Segundo Castel (ibid.:90), essa invenção de um “híbrido psiquiátrico-sociológico” tinha como puro objetivo, responder a tais necessidades funcionais sem qualquer ambição de construir uma nosografia da disforia de gênero. Para ele, sua apresentação apenas reproduzia o auto-diagnóstico dos transexuais transportando-o para a definição médica da síndrome e replicando sua demanda cirúrgica.

A partir disso, em 1980, a condição transexual foi agregada ao manual diagnóstico psiquiátrico DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais) formalizando um lugar na psiquiatria e na medicina, além de legitimar os critérios diagnósticos e a descrição dessa desordem. Posteriormente, em 1994, com a publicação do DSM IV, o termo transexualismo foi substituído por *Transtorno de Identidade de Gênero* (TIG) por ser um estado psicológico no qual a identidade de gênero está em desacordo com o sexo biológico<sup>16</sup>. Segundo esse manual diagnóstico para a confirmação de tal transtorno deve haver pelo menos dois componentes no indivíduo:

“Deve haver evidências de uma forte e persistente identificação com o gênero oposto, que consiste do desejo de ser, ou a insistência do indivíduo de que ele é do sexo oposto (Critério A). Esta identificação com o gênero oposto não deve refletir um mero desejo de quaisquer vantagens culturais percebidas por ser do outro sexo. Também deve haver evidências de um desconforto persistente com o próprio sexo atribuído ou uma sensação de inadequação no papel de gênero deste sexo (Critério B). O diagnóstico não é feito se o indivíduo tem uma condição intersexual física concomitante (por ex., síndrome de insensibilidade aos andrógenos ou hiperplasia adrenal congênita) (Critério C). Para que este diagnóstico seja feito, deve haver evidências de sofrimento clinicamente significativo ou

---

sexual é inata e invariável.

<sup>16</sup> Na Classificação Internacional de Doenças - 10ª versão (CID-10) o transexualismo está incluído entre os Transtornos de Identidade Sexual, junto ao travestismo e aos transtornos de identidade sexual na infância.

prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério D)” (DSM IV, 2002: 504).

Observamos que as teorizações que deram base à construção do diagnóstico levam sempre em consideração, mesmo que de forma implícita, a concepção de que o sexo –homem e mulher– é relativo aos aspectos biológicos. Por outro lado, o que é priorizado é a existência de um forte *desejo de mudar de sexo*, que significa a adequação cirúrgica ao suposto sexo psicológico, e a existência de uma *identidade de gênero* que delimitaria a fronteira entre o normal e o patológico (Correa, 1998:90). Portanto, podemos perceber que as origens da transexualidade como entidade nosológica psiquiátrica localiza-se na medicalização do desejo de realizar a conversão sexual através da intervenção cirúrgica e da adequação da identidade civil.

#### I.2.4. Robert Stoller e o núcleo de identidade de gênero

A partir de uma revisão sobre a genealogia do diagnóstico de *Transtorno de Identidade de Gênero* como nosologia psiquiátrica, observamos que a Psicanálise também alimenta uma discussão relevante sobre o tema, contribuindo largamente para a compreensão atual da transexualidade como uma patologia<sup>17</sup>. Podemos verificar que na tradição psicanalítica foram desenvolvidos alguns trabalhos que influenciaram a construção de uma concepção psicopatológica da transexualidade e fortaleceram a localização dessa experiência no campo da saúde mental<sup>18</sup>.

Nesse contexto, podemos destacar o psicanalista Robert Stoller que, influenciado pelo conceito de identidade de gênero proposto por Money, teorizou

---

<sup>17</sup> O debate sobre transexualismo na teoria psicanalítica foi fortemente marcado pela interpretação freudiana do Caso Schreber (Freud, 1911) que, em certa medida, tinha como referencia a relação entre homossexualidade e paranóia.

sobre a importância da relação com os pais no surgimento da transexualidade, tornando-se uma referência no assunto. Para ele (1973:216), as características físicas não são suficientes para a definição do indivíduo por um sexo, sendo as atitudes dos pais em relação ao filho o que atua de forma determinante na formação da identidade de gênero nuclear, que é a pedra fundamental da diferenciação sexual em sua teoria.

Segundo Stoller (1982) o transexualismo é resultado de uma determinada configuração familiar que promove uma falha no processo de individuação da criança e possibilita a identificação do indivíduo com o sexo oposto ao seu sexo anatômico. De acordo com sua teoria<sup>19</sup>, há nesses casos um cenário caracterizado por uma relação simbiótica<sup>20</sup> entre a mãe e o filho e uma total exclusão do pai<sup>21</sup>, que permite que a criança seja tratada como uma parte do corpo da mãe e resulta na admissão de uma identidade feminina para corresponder a isso.

Ainda que essa relação seja de absoluta proximidade, é importante destacar que na tese de Stoller este fato não implica no não reconhecimento da mãe como um outro ser. Em sua teoria, ela se torna uma pessoa distinta do sujeito, mas não é passível de ser desejada como objeto inviabilizando, na interpretação de Stoller (ibid.), a ocorrência do complexo de Édipo<sup>22</sup> que, segundo ele, já está previamente

---

<sup>18</sup> Não pretendemos desenvolver a complexidade deste debate nesta dissertação. Para um aprofundamento sobre o tema ver Arán, 2006.

<sup>19</sup> Em sua teorização Stoller leva em conta apenas o transexualismo masculino por considera-lo mais autêntico que o transexualismo feminino.

<sup>20</sup> Stoller faz nesse momento, uma distinção desses quadros com o homossexualismo, já que a mãe do homossexual se caracteriza pelo contraponto entre sedução erótica e relação muito próxima com o filho.

<sup>21</sup> Segundo o autor, o pai do menino transexual compõe o cenário familiar de modo favorável ao desdobramento desta condição. É incapaz de se colocar numa posição masculina dentro da família, não assumindo seu lugar de pai e marido. Sua postura passiva e distante na relação familiar não dá espaço para que se torne uma figura temida para a criança. Em outros termos, a figura paterna está ausente neste contexto.

<sup>22</sup> Nessa situação é pré-condição que o menino invista em sua mãe como objeto de amor além de ver em seu pai um grande rival.

prejudicado pela ausência de angústia de castração nesses casos, visto que não há nenhum tipo de investimento no pênis por parte desse sujeito.

Nesse panorama e diante do argumento freudiano de que é na passagem pelo complexo de Édipo que se constitui a identidade sexual, Stoller (ibid.) explica o transexualismo como um erro na constituição da identidade de gênero que ocorre em três fases: a primeira de pura identificação da criança com a mãe, a segunda na qual se constitui o núcleo da identidade de gênero e a terceira que refere-se a passagem pelo complexo de Édipo. Em sua teorização, define que a condição transexual é resultado da permanência do sujeito na fase de pura identificação da criança com a mãe, de forma que se mantém uma feminilidade original que deveria ser masculinizada a partir da relação com o meio social o qual é responsável pelas marcas definidoras da diferença entre os sexos.

Assim, em sua teoria o transexualismo teria três aspectos principais: 1- um sentimento de identidade permanente, caracterizado, no caso do transexualismo masculino, pela crença em uma essência feminina sem ambigüidades; 2 - a relação com o pênis é vivida “como horror”, onde não haveria qualquer forma de investimento libidinal; 3 - uma especificidade na relação com a mãe, denominada por Stoller de simbiose, que não pode ser considerada psicotizante. Contudo, ainda que estivesse influenciado pelas teorizações sobre a diferença sexual dos séculos XVIII e XIX, as quais estabelecem uma hierarquia entre os sexos (Arán, 2003: 400), e definir o transexualismo como uma “patologia”, Stoller apresenta algo muito mais próximo de uma descrição da experiência transexual que a fundamentação de uma desordem, considerando que transexualismo não seria uma psicose e preconizando a cirurgia de transgenitalização como tratamento nesses casos (Arán, 2006:54).



### I.2.5 O transexualismo e a clínica estrutural das psicoses

Tal como demonstra Castel (2003:372), podemos observar de forma recorrente nos trabalhos sobre transexualismo a referência à psicanálise lacaniana que, também baseada na relação simbiótica entre mãe e filho que supostamente não permite a passagem pelo complexo de Édipo e a realização da angústia de castração, relaciona a transexualidade à compreensão lógica e estrutural da psicose. Nota-se com certa frequência, uma menção aos autores dessa linha teórica, entre os quais podemos destacar Henry Frignet (1999,2002), Marcel Czermak (1986), Catherine Millot (1992), Joel Dor (1991), que apontam a transexualidade como uma condição próxima da psicose ou mesmo uma outra forma de sua manifestação.

Nesse contexto, verificamos a elaboração de algumas teorizações como a de Dor (1991:180) que considera que o transexual ocuparia a mesma posição do psicótico em relação a sua mãe – no lugar do falo - permanecendo sujeitado aos desejos dela devido à ausência da metáfora paterna, ou a de Millot (1992:36), que afirma que o transexualismo seria um recurso do sujeito, sendo uma forma de “arrematar” essa falha da intervenção paterna na simbiose entre mãe e filho. Dessa forma, para autora:

“No que concerne, ao menos, ao transexual masculino, adiantarei a hipótese de que o sintoma transexual, *stricto sensu*, (convicção e demanda de transformação), corresponde à tentativa de aliviar a carência do Nome-do-Pai, ou seja, de colocar um limite, um ponto e parada, de suspender a função fálica.” (Millot, *ibid.*: 36)

Nessa mesma perspectiva estrutural, e baseado em sua experiência clínica, Henry Frignet (2002:17) propõe uma diferenciação entre “transexuais” e “transexualistas”, afirmando que a manifestação dessa condição nestes últimos não estaria enraizada na psicose como é o caso do chamados “transexuais verdadeiros”. Para ele, o transexualista é um indivíduo que recusa a diferença dos sexos, mas que

tem assegurada sua identidade sexual, diferentemente do transexual verdadeiro que está “fora do sexo” pois sua identidade sexual é foracluída.

Além disso, tal como demonstra Arán (2006:56), o autor toma como referência a interpretação lacaniana das diversas formas de identificação proposta por Freud, para destacar a importância desse processo na aquisição da subjetividade. Nesse sentido, o reconhecimento do “Nome do Pai” seria uma operação primária, indispensável à estruturação subjetiva, que tornará possível a apreensão tanto do registro imaginário como do real do corpo. De acordo com esta interpretação,

“essa identificação real que o transexual recusa, e é esta diferença, para ele inacessível, que vai fazer retorno no real sob a forma de reivindicação de ser de outro sexo – outro no imaginário e Outro no simbólico -, com a demanda de redesignação anatômica, no imaginário e no real, que lhe acompanha, e a demanda de modificação, visando – sem espera – o simbólico, desta vez no seu estado civil” (Frignet, 1999:86 apud Arán, *ibid*:56)

Uma terceira possibilidade teórica que se destaca no campo da psicanálise refere-se à interpretação do transexualismo como um quadro que se situa entre a neurose e a psicose: os chamados estados limites e *borderlines*, que foram caracterizados, em geral, por uma difusão da identidade com a conservação do sentido da realidade tal qual ocorreria na transexualidade, e que poderiam ser nomeados de *doença do narcisismo*. Segundo Chiland (2003:70) nesses estados o apoio psicológico e existencial ocupam um lugar fundamental, sendo a psicoterapia psicanalítica com os transexuais um processo muito importante no acolhimento e organização da subjetividade.

Como podemos observar existem diversas interpretações da transexualidade na psicanálise. Stoller se opõe a essa concepção de que a condição transexual deva ser analisada a partir de um escopo estrutural e considera que a melhor possibilidade de tratamento para o transexualismo é a cirurgia de transgenitalização,

o que para alguns psicanalistas, especialmente os de orientação lacaniana, é problemático. Apesar de tais divergências, existem ainda outros psicanalistas que apostam na cirurgia de conversão sexual como instrumento de organização subjetiva, como Calligaris (1989:38), que afirma que no transexualismo a cirurgia seria a substituição de uma “metáfora paterna neurótica” por uma “metáfora delirante no real do corpo”.

Diante disso, verificamos que a tradição psicanalítica com suas peculiaridades também contribuiu para a construção de uma concepção psicopatológica da transexualidade. Porém, atualmente, a partir de uma crítica ao imperativo do modelo do Édipo e da castração podemos vislumbrar ainda, nos meandros da psicanálise, a tentativa do deslocamento da transexualidade deste território normativo da patologização<sup>23</sup> (Arán, *ibid.*:61).

### **I.3 – Algumas considerações críticas**

Tal como demonstrado anteriormente, embora a transexualidade já fosse um fenômeno reconhecido desde o final do século XIX, as discussões em torno dessa temática tiveram início efetivamente a partir da possibilidade de intervenção médica sobre estes casos. É possível perceber que apenas diante do avanço tecnológico alcançado no século XX, que a condição transexual ganhou espaço no campo médico-científico se tornando objeto de investigação de algumas disciplinas e alvo de uma série de teorizações que, influenciadas pelos estudos da sexologia do século anterior, definiram a transexualidade como uma desordem psiquiátrica.

---

<sup>23</sup> Alguns autores têm trabalhado na tentativa de realizar uma crítica ao modelo tradicional de pensar a diferença sexual na psicanálise, o que permite a construção de um novo território teórico para pensar a diversidade da manifestação das sexualidades e das subjetividades. Porém não nos propomos a desenvolver este trabalho nesta dissertação, mas apenas indicar esta possibilidade. Para uma discussão mais profunda ver particularmente: Arán (2006), Birman (1999); Neri (2005), Peixoto Jr (2004), Nunes (2000).

Atualmente, essa compreensão da condição transexual como uma patologia vem sendo largamente criticada por diversos autores que problematizam a definição da experiência transexual como uma condição anormal. Segundo Butler (2004:75), tem sido intenso o debate sobre a questão do diagnóstico de *Transtorno de Identidade de Gênero*, onde observamos além de uma problematização das referências utilizadas na construção do mesmo, a existência de um campo de tensão entre os defensores de sua manutenção no DSM IV por uma questão de estratégia de acesso ao sistema de saúde e aqueles que entendem que o diagnóstico funciona como um vetor de estigmatização. De acordo com Arán:

“Nas diversas teorias que abordam esta questão parece haver um aspecto consensual: o de que na transexualidade haveria uma incoerência entre *sexo* e *gênero*. O discurso atual sobre o transexualismo na sexologia, na psiquiatria e em parte na psicanálise faz desta experiência uma patologia - um “transtorno de identidade” - dada a não conformidade entre *sexo* biológico e *gênero*. Por outro lado, ele também pode ser considerado uma psicose devido à recusa da diferença sexual, leia-se, da castração dita simbólica. Nota-se que nestas teorias, o que define o diagnóstico de transexualismo é uma concepção normativa seja dos sistemas de *sexo-gênero*, seja do dispositivo “diferença sexual”. Ambas estão fundadas numa matriz binária heterossexual que se converte em sistema regulador da sexualidade e da subjetividade”. (Arán, 2006:50)

Sendo assim, *gêneros* inteligíveis são aqueles que mantêm uma continuidade entre *sexo*, *gênero*, práticas sexuais e desejo, por intermédio dos quais a identidade é reconhecida e substancializada. Desta maneira, é importante compreendermos quais são os sistemas de *sexo-gênero* pré-fixados pelo binarismo sexual que estabelecem e exigem esta coerência, a qual permite a percepção de uma identidade considerada inteligível ao mesmo tempo em que produz espectros de inteligibilidade:

“A matriz cultural por intermédio da qual a identidade de gênero se torna inteligível exige que certos tipos de ‘identidade’ não possam ‘existir’ - isto é, aquelas em que o gênero não decorre do sexo e aquelas em que as práticas do desejo não ‘decorrem’ nem do ‘sexo’

nem do 'gênero'. [...] Ora, do ponto de vista desse campo, certos tipos de 'identidade de gênero' parecem ser meras falhas do desenvolvimento ou impossibilidades lógicas, precisamente porque não se conformaram às normas da inteligibilidade cultural" (Butler, 2003: 39).

Diante disso, notamos que Butler critica os sistemas normativos de sexo-gênero nos quais prevalece o raciocínio de que *sexo* é algo definido pela natureza, fundamentado no corpo orgânico, biológico e genético, e de que o *gênero* é uma construção histórica e social. Partindo das teses de Foucault sobre o dispositivo da sexualidade citadas acima, essa autora afirma que o sexo não pode ser compreendido como um dado natural sobre o qual se constrói artificialmente o gênero, mas sim como resultado de uma norma cultural<sup>24</sup>. "Em outras palavras, 'sexo' é uma construção ideal que é forçosamente materializado através do tempo" (Butler, 1993:1)<sup>25</sup>.

Em sua argumentação, relaciona esse processo de assumir um sexo com a questão da identificação, a qual sofre diretamente os efeitos do imperativo heterossexual. Nesse contexto, considera que a força normativa das identificações sexuais ao mesmo tempo em que determina a noção de sujeito, de humano e de possibilidades de vida, foraclui e/ou nega outras, constituindo um território de abjeção, ou melhor, um exterior abjetado, que está "dentro" dos domínios do sujeito como seu próprio repúdio fundador (Butler, *ibid.*:3). Deste modo, a constituição de certos tipos de subjetividades e de identidades se faz a partir de um repúdio que produz um domínio de abjeção e proporciona a "identificação com o fantasma

---

<sup>24</sup> Outro aspecto que Butler introduz é a noção de performatividade de gênero, pensando as normas reguladoras do sexo trabalhando de um modo performativo para constituir a materialidade dos corpos e, mais especificamente, para materializar o sexo destes, para materializar a diferença sexual a serviço da consolidação do imperativo heterossexual. A compreensão da performatividade não como um ato pelo qual o sujeito se torna o que ele/ela nomeia, mas como este reiterativo poder do discurso para produzir o fenômeno que regula e obriga.

<sup>25</sup> Traduzido pela autora. "In other words, 'sex' is an ideal construct which is forcibly materialized through time."

normativo do sexo”, sendo a identidade de gênero inteligível a única que *importa*<sup>26</sup>, que tem uma materialidade perceptível e cognoscível.

A partir desse raciocínio, observamos que justamente este dispositivo de poder e saber sobre a sexualidade, que exige uma coerência entre sexo e gênero, é o que faz com que a descrição de uma experiência de não pertencimento ao sexo dito biológico esteja no exterior da inteligibilidade cultural, sendo compreendida como abjeto. Podemos notar que através desta operação de exclusão inclusiva onde são delimitados os contornos do normal e do patológico, que se delineia a noção de que a transexualidade se trata de uma patologia e que esta é a única forma da mesma existir nesse domínio. Assim, podemos pensar que a compreensão da transexualidade como patologia serve para que a mesma se desloque do campo do impensável e seja incluída no domínio da inteligibilidade cultural .

Finalmente, cabe salientar que a compreensão de que o gênero é uma norma e não uma invariante estrutural nos permite vislumbrar as possibilidades de variabilidade, deslocamentos e subversões no próprio dispositivo da sexualidade

“Se os atributos de gênero são performativos e não uma identidade pré-existente, a postulação de um “verdadeiro sexo” ou de uma “verdade sobre o gênero” revela antes uma ficção reguladora. Além disso, se para que esta ficção permaneça é necessário uma repetição reiterativa, podemos pensar que a aproximação de um ideal de gênero - masculino ou feminino - nunca é de fato completa, e que os corpos nunca obedecem totalmente às normas pelas quais sua materialização é fabricada. Neste sentido, é justamente pelo fato de a instabilidade das normas gênero estarem abertas à necessidade de repetição do mesmo que a lei reguladora pode ser reaproveitada numa repetição diferencial” (Arán; Peixoto Jr. , 2007).

Portanto, no interior do dispositivo da transexualidade, o qual exige uma adequação à matriz heterossexual, podemos observar uma diversidade de

---

<sup>26</sup> O termo original em inglês é “*matter*” que pode ser traduzido para a língua portuguesa como os substantivos matéria e substância, ou como os verbos importar e significar. Butler utiliza esse termo como ferramenta no debate sobre a materialidade e importância daquilo que está excluído da inteligibilidade cultural.

construções de gênero na transexualidade. Para uma maior aproximação a esta problemática passaremos a seguir à análise da implementação dos serviços assistenciais no Brasil e a análise da experiência transexual.

## CAPÍTULO II

### A ASSISTÊNCIA A TRANSEXUAIS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO BRASIL

No Brasil, a realização e legalização da cirurgia de transgenitalização e de procedimentos afins foi um processo longo e cercado de diversas discussões. A primeira delas ocorreu em 1979 quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) foi consultado sobre a inclusão de próteses mamárias de silicone em pacientes do sexo masculino - Protocolo 1529/79 CFM (Anexo 2). Tal procedimento, amparado no artigo 92 do código de ética, foi desaconselhado por ser considerado desnecessário já que o Código de Ética Médica proíbe a indicação e execução de terapêutica ou intervenção cirúrgica desnecessária ou proibida pela legislação do país. A partir disso, estes pacientes foram indicados para tratamento psiquiátrico ou apoio psicológico. No ano seguinte, este mesmo protocolo passou por outro parecer de consulta no qual foi questionado o significado sócio-psicológico de necessidade de tratamento e foi destacada a importância da realização de perícias para avaliar se haveria “desajustamento psiquiátrico” nos indivíduos com esse tipo de demanda. Na sua conclusão foi sugerida a formalização de uma resolução abrangendo a cirurgia de transgenitalização ou outras intervenções médicas em órgãos sexuais secundários.

Em 1990, o transexualismo voltou à pauta de discussões do CFM por intermédio de outro processo de consulta por uma demanda do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais, a partir de uma solicitação de realização de cirurgia. A ementa do Processo de Consulta CFM 0617/90 - PC/CFM 11/1991 (Anexo 3) abordava a ilicitude ética e penal da realização da “cirurgia de conversão sexual” por entender que se tratava de “mutilação grave” e “ofensa à integridade corporal” de acordo com o Código Penal e o Código de Ética Médica do Brasil. De



acordo com o parecer, os prejuízos psicossociais no transexualismo são inquestionáveis, mas a realização da cirurgia constituiria “ato mutilador e não corretivo”<sup>27</sup>. Sendo assim, o CFM se posicionou contrariamente à “cirurgia de conversão do sexo” compreendendo que esta não teria caráter terapêutico. No entanto, este posicionamento era exclusivamente em relação ao transexualismo, sendo que esta modalidade de intervenção cirúrgica seria admitida nos estados intersexuais, como hermafroditismo e gônadas disgenéticas, por estes não se tratarem de “um transgenitalismo para justificar hábitos homossexuais” e sim uma necessidade de correção.

No mesmo ano, o Processo de Consulta CPM 0871/90 - PC/CFM/ 12/1991 (Anexo 4) teve início no CFM em grau de recurso após ter passado por parecer negativo no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. A paciente solicitava a mesma autorização do processo anterior para procedimento cirúrgico de conversão sexual, enquanto que paralelamente buscava orientação para retificação de registro de nascimento (nome e sexo). Como argumento para a negativa, mais uma vez foi utilizada a noção de “lesão corporal grave” para caracterizar o procedimento cirúrgico. Além disso, foi considerado que tal intervenção modifica apenas a genitália e não o sexo do indivíduo. Nesse contexto, as implicações jurídicas da “cirurgia de conversão sexual” assumiram maior relevância, tanto no que se refere à modificação de identidade, já que a alteração da genitália seria insuficiente para a modificação da identidade sexual, como a presunção de crime de atribuição de falsa identidade conforme Artigo 307 do Código Penal. Portanto, neste parecer, a questão ultrapassou o ato cirúrgico em si mesmo e se localizou em torno da impossibilidade de atribuição ao indivíduo de um sexo biológico diferente ao seu, o que, conseqüentemente, interferiria na alteração de identidade.

---

<sup>27</sup> Segundo Prof. Holdemar de Menezes.

Em 1995 aconteceu um primeiro debate sobre o transexualismo com o objetivo de abrir a possibilidade de tornar ética a proposta terapêutica de cirurgia de transgenitalização, visto que esta vinha sendo divulgada de forma recorrente na mídia. Dois anos depois, no I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, este debate foi retomado e a plenária manifestou-se favoravelmente à realização desta cirurgia entendendo que se tratava de uma forma especial de tratamento médico e que seria necessário um embasamento legal para sua realização. A defesa de sua regulamentação foi fundamentada em um motivo essencial: a intenção de beneficência através da busca da integração entre o corpo e a identidade sexual psíquica do interessado, unida aos princípios de autonomia - direito da autodeterminação e de dispor do próprio corpo - e justiça - o direito de a pessoa não ser discriminada no pleito à cirurgia. Além disso, a cirurgia de transgenitalização foi considerada a etapa mais importante no tratamento de transexualismo pela sua capacidade de adaptar a morfologia genital ao sexo com o qual o indivíduo se identifica.

Diante disso, originou-se o parecer e proposta de resolução PC/CFM 39/97 (Anexo 5) que sugere a adoção deste procedimento cirúrgico a título experimental nos casos de transexualismo, culminando na publicação da resolução que autoriza a cirurgia de transgenitalização em pacientes transexuais no Brasil. O Conselho Federal de Medicina, a partir da resolução 1.482 (Anexo 6), considerou que este procedimento teria um caráter terapêutico visto que “o paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação ou auto-extermínio”. A partir disso, a cirurgia de transgenitalização<sup>28</sup> pôde ser realizada no Brasil em hospitais universitários ou

---

<sup>28</sup>As cirurgias indicadas são: cirurgia genital - com manutenção, sempre que possível, da enervação no tecido usado na construção da neovagina para melhor recuperação cirúrgica e funcionalidade do

públicos a título experimental desde que o paciente seja maior de 21 anos, não tenha características físicas inapropriadas para realização da cirurgia e o tratamento siga um programa rígido que inclui a avaliação de equipe multidisciplinar – cirurgia plástica, urologia, endocrinologia, psiquiatria, psicologia e serviço social – e acompanhamento psiquiátrico por no mínimo dois anos para confirmação diagnóstica de transexualismo.

Em 2002, a resolução de 1997 foi revogada pela resolução 1.652 (Anexo 7) que, considerando o estágio atual de tratamento dos casos e o bom resultado estético e funcional das neocolpovulvoplastias e/ou procedimentos complementares<sup>29</sup>, resolve que as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para o feminino podem ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independentemente da atividade de pesquisa, mas seguindo os critérios de acompanhamento já estabelecidos. No caso da neofaloplastia<sup>30</sup> e/ou procedimentos complementares, a realização se manteve condicionada à prática em hospitais universitários ou hospitais públicos adequados para a pesquisa.

A partir destas resoluções e aumento da demanda de auxílio médico por parte de transexuais de ambos os sexos, diversas instituições hospitalares tiveram que organizar um espaço específico de atendimento a estes pacientes. Nesse sentido, alguns hospitais universitários do país constituíram programas interdisciplinares para

---

órgão; cirurgia de mamas - retirada de mamas para transexuais femininos ou aumento dessas ou colocação de próteses para transexuais masculinos; além de outras cirurgias como a redução plástica da cartilagem da tireóide, lipoaspiração da cintura e do quadril, rinoplastia, redução dos ossos da face e blefaroplastia para transexuais masculinos e lipoaspiração nos quadris, coxas e nádegas para transexuais femininos.

<sup>29</sup> Por neocolpovulvoplastia entende-se a transformação da genitália masculina em feminina através da retirada dos testículos, construção da neovagina, construção do clitóris e reconstrução da genitália externa; e por procedimentos complementares a adequação das características sexuais secundárias.

<sup>30</sup> Por neofaloplastia entende-se a transformação da genitália feminina em masculina através da construção do pênis, que é apenas um tubo que conduz a urina e não apresenta nem glândula nem ereção, e a colocação de próteses testiculares de silicone. A transformação também inclui a retirada das mamas.

atender a transexuais que passaram a procurar os serviços públicos de saúde relatando intenso sofrimento e com demanda direta por tratamento médico-cirúrgico.

Nota-se que no Brasil, seguindo uma tendência internacional, a estruturação da assistência pública a pacientes transexuais foi realizada a partir da compreensão de que a transexualidade é uma doença. Podemos observar que com a base na nosografia psiquiátrica do *Transtorno de Identidade de Gênero* constituída ao longo do século XX, o Conselho Federal de Medicina estabeleceu os critérios que se tornaram condição de acesso à assistência médica e jurídica na transexualidade e referência dos serviços dirigidos ao atendimento dessa clientela.

Conforme observado na I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Assistência Pública no Brasil<sup>31</sup>, realizada em 2005, na maior parte dos serviços de saúde que prestam assistência a transexuais, a psiquiatrização do transexualismo tornou-se um eixo de orientação para a prática clínica, embora não haja um padrão de assistência entre os serviços de saúde que atendem esta clientela. A partir do contato com as principais instituições<sup>32</sup> que dispõem desse serviço foi possível constatar que os mesmos apresentam formatos e propostas diferenciadas de atendimento com práticas cirúrgicas e terapêuticas distintas. Embora todos sejam constituídos por uma equipe multidisciplinar, cada programa tem um funcionamento específico que varia de acordo com a disponibilidade de profissionais que prestem assistência a pacientes transexuais e das parcerias e convênios com outras instituições.

---

<sup>31</sup> Esta Jornada teve como objetivo discutir a transexualidade sob aspectos históricos, políticos e sociais, o diagnóstico e tratamento e os efeitos éticos e jurídicos desta condição.

<sup>32</sup> Participaram da Jornada os serviços do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ, Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ, Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, Hospital Universitário Cassiano de Antonio de Moraes – ES.

Apesar da tendência predominante de psiquiatrização da transexualidade, vale destacar que nesta mesma Jornada observamos uma problematização desta exigência como condição de acesso aos serviços de saúde pública. Através das contribuições realizadas no campo da Psicanálise e da Saúde Coletiva sobre a diversidade das formas de subjetivação na transexualidade, do debate sobre a autonomia dos transexuais realizado no campo da Bioética, das modificações sugeridas no campo jurídico em relação à importância da troca de nome e, principalmente, pela participação do movimento de transexuais percebemos uma inquietação diante da compreensão diagnóstica da transexualidade e, em especial, dos efeitos que isto produz. Como resultado desta Jornada foi elaborado um documento, em plenária final, que recomenda, entre outras coisas, a sistematização de serviços públicos de assistência integral a transexuais no âmbito da saúde e da justiça; um levantamento que permita estabelecer diretrizes unificadas de assistência a esta população e um protocolo único para a rede de serviços públicos de saúde. Tal documento é considerado nos dias de hoje referência para a elaboração de políticas públicas para transexuais no Brasil (Anexo 8).

Desde então, é possível observar uma tensão permanente nos debates sobre o tema onde estão demarcadas três posições: 1- a interpretação que a transexualidade é uma doença; 2- a manutenção da psiquiatrização da transexualidade na resolução do Conselho Federal de Medicina por uma questão estratégica; 3- a problematização do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero como condição de acesso à saúde pública, o que pôde ser observado no I Encontro Nacional de Transexuais, realizado em novembro de 2005 em Brasília.

Nesse encontro, originou-se o Coletivo Nacional de Transexuais<sup>33</sup> e foram discutidas as causas da transexualidade e as cirurgias para mudança de sexo, além de outros temas como preconceito, violência, mercado de trabalho e educação, promovendo uma maior articulação da categoria de transexuais e, conseqüentemente, maior visibilidade social aos indivíduos que se identificam com esta denominação (Garner, Stefanie, Lionço, 2005).

Embora o movimento social de transexuais só tenha se constituído efetivamente em 2005, podemos observar que desde 2003 existem discussões sobre a formulação de políticas inclusivas para toda a população GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) no Brasil que culminaram nos debates atuais sobre atenção integral a transexuais no Ministério da Saúde. A partir da definição desse grupo como vulnerável à exclusão social pelo Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD)<sup>34</sup>, o mesmo passou a fazer parte da pauta dos gestores de políticas públicas e foi incluído em programas que tivessem como objetivo garantir os direitos de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais.

Considerando a necessidade de implementação de uma política de atenção integral voltada a esta população, o Ministério da Saúde criou em 2004, através da Portaria nº 880/GM (Anexo 9), o Comitê Técnico para a formulação da proposta de Política Nacional de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (GLTB). Segundo Garner, Stefanie e Lionço (ibid.), este comitê que, inicialmente, era composto apenas por representantes de órgãos governamentais e,

---

<sup>33</sup> Este movimento social, que articula sujeitos que explicitam a necessidade de considerar suas realidades e necessidades específicas e que não encontravam coincidência com a categoria de gays, lésbicas, ou travestis, vêm desenvolvendo uma reflexão permanente sobre a constituição de políticas públicas voltadas especificamente para esse grupo e têm buscado consolidar os avanços alcançados.

<sup>34</sup> O Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD) foi instituído em 2001 através do decreto 3952 com a competência de propor, acompanhar e avaliar as políticas públicas afirmativas de promoção da igualdade e da proteção dos direitos de indivíduos e grupos sociais e étnicos afetados por discriminação racial e demais formas de intolerância. Trata-se de órgão colegiado, integrante da estrutura básica do Ministério da Justiça, vinculado à Secretaria Especial de Direitos Humanos.

posteriormente, foi redefinido<sup>35</sup>, incluindo em sua composição representantes dos segmentos GLTB, centrou suas ações na institucionalização de um espaço de atenção a essa população que de forma contínua sofre resistência e preconceito.

Ainda que tenha sido definido em 2004, foi somente em 2006, a partir da reivindicação dos técnicos do Ministério da Saúde, dos profissionais de Serviços Assistenciais, do coletivo de transexuais e por uma ação pública do Estado do Rio Grande do Sul, que este grupo foi reativado para discutir “o processo transexualizador no SUS”. Nesse momento, o comitê reuniu representantes do governo e da sociedade civil para discutir a situação atual da saúde da população transexual, problematizando a assistência desta nos serviços de saúde pública, e para definir as diretrizes da assistência a transexuais no Brasil sob a perspectiva da integralidade, da equidade e da humanização da atenção.

Partindo do fato de que não há nenhuma regulamentação do processo de redesignação sexual no SUS<sup>36</sup> e de que existem programas de atendimento a transexuais em funcionamento em diversos estados brasileiros, foram colocados em pauta pontos relevantes para a elaboração de Protocolos de acompanhamento e avaliação de transexuais orientados pelo Ministério da Saúde. Além disso, foram discutidos os critérios para realização de outras intervenções somáticas - como implante de silicone nos seios, eletrólise, redução do pomo de Adão, mastectomia e histerectomia - a inclusão de previsões de distribuição de medicações específicas, a inclusão da cirurgia de transgenitalização na tabela do SUS, a promoção da inclusão destes indivíduos como cidadãos de direitos e a inclusão de transexuais no Sistema

---

<sup>35</sup> Através da Portaria n° 2227 de 2004.

<sup>36</sup> O fornecimento de medicamentos específicos é irregular e o financiamento dos procedimentos cirúrgicos muitas vezes é realizado com recursos da própria instituição visto que, apesar de ser autorizada em instituições públicas, a cirurgia de transgenitalização ainda não é regulamentada pelo Ministério da Saúde e nem está incluída na tabela de procedimentos financiados pelo Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS).

Único de Saúde de forma mais ampla que a questão da cirurgia de redesignação sexual (Lionço, 2006).

Nesse sentido, foram propostas diretrizes comprometidas com a superação do estigma associado à condição transexual, tendo como objetivo delimitar os critérios para o acompanhamento a transexuais no SUS, assim como, definir as estratégias de avaliação, implementação e credenciamento de Centros de Referência de Assistência à População Transexual no Brasil. Além disso, o combate à discriminação, que foi considerada fator determinante da condição de sofrimento de transexuais, foi contemplado como estratégia de promoção da saúde, não sendo mais a saúde de transexuais uma questão exclusivamente médico-cirúrgica (Garner, Stefanie, Lionço, *ibid.*).



## CAPÍTULO III

### ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA ASSISTENCIAL

#### **III.1 - O Programa Interdisciplinar de Assistência a Transexuais e Cirurgia de Transgenitalização do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ**

A assistência a transexuais no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ teve início em dezembro de 1997 quando uma paciente procurou o Serviço de Endocrinologia do hospital, dizendo ter tomado conhecimento da Resolução do Conselho Federal de Medicina. Embora naquele momento nenhum dos profissionais tivesse conhecimento da referida Resolução ou qualquer experiência prévia nesse assunto, a paciente foi acolhida e logo encaminhada ao Serviço de Psicologia Médica e Saúde Mental para o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero e acompanhamento psiquiátrico até a realização de sua cirurgia em 2000. A partir desse momento, inaugurou-se no HUCFF-UFRJ um trabalho de assistência a esta clientela, ainda que a assistência interdisciplinar a transexuais não estivesse totalmente estruturada e existisse uma certa dificuldade em se estabelecer uma rotina para a realização da cirurgia dos pacientes em seguimento clínico.

Diante disso, a partir do início de 2003 foram realizadas diversas reuniões com o objetivo de estruturar e formalizar o “Programa Interdisciplinar de Assistência a Transexuais e Cirurgia de Transgenitalização do HUCFF–UFRJ”, que é composto por uma equipe que inclui psiquiatra, psicólogas, urologista e cirurgião plástico. Formalmente, este programa estabelece um protocolo de assistência a transexuais baseado nos critérios definidos pelo CFM. De acordo com este protocolo, o usuário, com demanda espontânea ou referida para a cirurgia de transgenitalização, passa, em um primeiro momento, por um processo de triagem e é encaminhado para a

avaliação psiquiátrica no ambulatório de Saúde Mental. Nesta avaliação, que é realizada através de uma entrevista com o psiquiatra, o usuário é esclarecido sobre o modo de funcionamento do programa e tem seu prontuário aberto. A partir daí, quando oficialmente está incluído no programa, é encaminhado para entrevista com o Serviço Social e para avaliação e consulta com a Endocrinologia. Passada esta etapa de avaliação, o usuário passa a ser atendido permanentemente pela psiquiatria e psicologia e é periodicamente avaliado pela Urologia e Cirurgia Plástica. Após o período mínimo de dois anos avalia-se a possibilidade de realização da cirurgia de transgenitalização e o usuário permanece sendo acompanhado no pós-operatório para manutenção da hormonioterapia e avaliação da necessidade de reparos.

Vale destacar que quando descrevemos o modelo do programa, utilizamos a palavra “formalmente” por observarmos que seu funcionamento não é exatamente como o previsto pela sua proposta, na realidade constatamos uma carência de profissionais interessados neste tipo de assistência, uma demora na realização das cirurgias, a necessidade de estabelecer parcerias com outras instituições, e a constantes situações de preconceito e constrangimentos. O programa segue todas as exigências do CFM, contudo podemos observar que para a prestação de uma assistência que contemple as necessidades e demandas destes usuários foi necessária a criação de algumas estratégias.

Este fato fica bastante evidente ao nos determos em alguns pontos como a questão do tratamento hormonal, pois, embora o HUCFF-UFRJ disponha de um Serviço de Endocrinologia, o acompanhamento endocrinológico dos pacientes deste programa é realizado no Instituto de Estadual de Diabetes e Endocrinologia do Rio de Janeiro (IEDE), o qual também fornece as medicações necessárias quando as

mesmas estão disponíveis na farmácia da instituição. Isto porque desde 2001 não há disponibilidade de profissionais deste Serviço para prestar atendimento aos usuários que objetivam a redesignação sexual, a partir da alegação de que existem outras prioridades a serem atendidas no hospital.

Do mesmo modo que a hormonioterapia, a cirurgia de transgenitalização caracteriza-se por um procedimento cercado de obstáculos e resistências. Um aspecto bastante ilustrativo deste fato é o intervalo que podemos observar no HUCFF–UFRJ de quatro anos entre a primeira e a segunda intervenção cirúrgica, destacando que esta última aconteceu somente após a formalização do Programa de assistência a pacientes transexuais. Além disso, percebemos que algumas pessoas demonstram discordar da realização da intervenção cirúrgica de transgenitalização no hospital sob a alegação de que este procedimento parece ser “uma castração de pacientes saudáveis”. Por diversas vezes também, alguns profissionais solicitaram que o serviço não fosse divulgado para que não houvesse um crescimento do número desses pacientes no hospital.

Observamos, ainda, um desconforto permanente de toda instituição. A todo momento, é necessário criar formas estratégicas para lidar com o preconceito, sendo habitual a utilização de alguns cuidados especiais para preservar os pacientes de situações constrangedoras - como pequenas observações ao lado do nome na capa do prontuário para que não sejam chamados pelo nome civil e a internação em quartos individuais ou duplos, e não nas enfermarias.

Mesmo com a utilização de tais subterfúgios, verificamos com certa frequência situações de estigma e preconceito como as que aconteceram em novembro de 2004 quando duas pacientes foram internadas simultaneamente para realização da cirurgia de transgenitalização e passaram por situações de extremo

constrangimento. Nessa ocasião, foi solicitado pelos cirurgiões a toda equipe - especialmente à enfermagem - absoluto sigilo sobre as pacientes para evitar situações constrangedoras. Mesmo assim, escutamos alguns relatos de funcionários do andar afirmando que muitas pessoas ficaram sabendo do “evento” e que por diversas vezes tiveram de intervir com os colegas e outros pacientes que pareciam curiosos em ver “aquilo”, “saber se a cirurgia ficou bonitinha” entre outros fatos. Concomitantemente, aconteceram problemas com as internas de uma enfermaria feminina, onde as pacientes transexuais precisaram tomar banho, pois segundo as pacientes desta enfermaria, “aquelas pessoas não deveriam usar aquele banheiro, afinal eram moças de barba e chicote na mão”.

Diante de tais fatos, o programa vem passando por um processo de reavaliação e reestruturação no qual estão sendo considerados todos os problemas e impasses, como os expostos acima, de modo a possibilitar a estas pessoas melhores condições de assistência no HUCFF-UFRJ. Nesse sentido, estão sendo revistas todas as etapas desse projeto assistencial, e analisadas de forma minuciosa as condições de atendimento de cada especialidade e estão sendo estudadas novas possibilidades de convênios e parcerias para manutenção desse programa no qual desde 1997 já foram atendidas dezoito<sup>37</sup> pacientes com demanda pela cirurgia de transgenitalização e realizadas cinco cirurgias, tendo algumas delas a necessidade de reparos posteriores.

A partir dos fatos explicitados e após quase dez anos do primeiro atendimento a um paciente transexual no HUCFF-UFRJ, podemos perceber que poucas

---

<sup>37</sup> Entre esses pacientes houve uma desistência na qual o paciente alegava não precisar mais da cirurgias, três abandonos, uma recusa de inclusão no programa pelo fato do paciente ser menor de idade, uma paciente já operada em outro país procurou o hospital visando laudo psiquiátrico para troca de nome. Atualmente são atendidos no HUCFF-UFRJ sete pacientes (transexuais masculinos), entre os quais três já realizaram a cirurgia de transgenitalização e quatro encontram-se aguardando a cirurgia seja porque esta ainda não foi agendada ou porque não completaram o prazo mínimo de dois anos exigido pelo CFM.

modificações aconteceram no processo assistencial. A análise desse período permite observar que de alguma forma esta assistência se tornou mais consistente e um pouco mais organizada, mas, por outro lado, também nos permite perceber que alguns impasses nesse campo se mantêm, entre os quais destacam-se questões práticas, resistências de profissionais envolvidos neste processo e, especialmente, a consolidação de sua referência na compreensão da condição transexual como uma patologia psiquiátrica, apesar desta questão ser permanentemente problematizada pela própria equipe de saúde mental.

Analisando prontuários de pacientes que estiveram em atendimento entre 1997 e 2006 no HUCFF-UFRJ, podemos observar que antes da institucionalização do programa, variados serviços do hospital (Clínica Médica, Endocrinologia, Urologia entre outros) funcionavam como porta de entrada para transexuais com demanda cirúrgica e de tratamento hormonal, sendo o contato com a Saúde Mental posterior ao atendimento destas especialidades, mesmo que a avaliação do paciente pela Psiquiatria fosse fundamental para o início de seu tratamento. Todavia, com a criação e formalização do programa assistencial em 2003 isto se modificou, e estes pacientes passaram a se endereçar diretamente à Saúde Mental onde são avaliados para então iniciar os procedimentos necessários para a transformação corporal e são acompanhados de forma contínua até mesmo depois da cirurgia. Cabe destacar, ainda, a disponibilidade e o investimento do psiquiatra, atual coordenador do Programa, que estabeleceu um vínculo estreito de trabalho psicoterápico com todas as pacientes e permanece como referência no atendimento a essa clientela na instituição.

Assim, a principal referência de atendimento no hospital a pacientes com a demanda cirúrgica de transgenitalização e hormonioterapia é, desde então, o

Serviço de Psicologia Médica e Saúde Mental que, apesar de seguir a definição do CFM que o paciente deve ser diagnosticado com Transtorno de Identidade de Gênero, realiza um atendimento psiquiátrico e psicológico diferenciado de outros programas problematizando essa definição diagnóstica por compreender que a condição transexual não remete a nenhuma incapacidade mental. Nesse sentido, no HUCFF o atendimento psiquiátrico para a confirmação do diagnóstico de transexualismo é também um dispositivo de cuidado no qual algumas pessoas optam por realizar uma psicoterapia, na maior parte das vezes bastante produtiva, nas quais “as pessoas seguem trajetórias singulares de subjetivação que ultrapassam em muito esta questão” (Arán, Murta, Zaidhaft, 2006).

### **III.2 – Efeitos da utilização do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero nas práticas de saúde**

Como afirmamos anteriormente, na pesquisa de campo utilizamos três técnicas para coleta de dados - observação livre do programa (incluindo a análise de prontuários de pacientes que já estiveram ou estão em atendimento), observação participante de grupos terapêuticos mensais realizados no ambulatório de Saúde Mental com os pacientes e entrevistas semi-dirigidas com os mesmos - que permitiram mapear as características institucionais deste programa, descrevendo detalhadamente sua construção e atuação, além de analisar os efeitos da psiquiatrização da transexualidade nesse contexto.

No que se refere à realização da observação livre do programa, destacamos que esta aconteceu inicialmente ao longo da realização do Projeto “Transexualidade e cirurgia de transgenitalização: Um desafio para a medicina”, coordenado pelos professores Márcia Arán e Sérgio Zaidhaft e aprovado pela Comissão de Ética do

HUCFF protocolo 073/02 CEP/HUCFF/UFRJ<sup>38</sup>. Este Projeto teve como desdobramento a pesquisa realizada no mestrado<sup>39</sup> e foi efetuada de forma assistemática. A instituição observada é um hospital terciário, voltado para ensino e pesquisa, que é referência para casos de alta complexidade e atende pacientes não apenas de sua área programática, mas também de outros estados. O recorte empírico foi o funcionamento formal do programa, os profissionais que nele atuam (médicos de diferentes especialidades, psicólogos, assistentes sociais e funcionários do hospital) e os pacientes que foram e são assistidos pelo programa. Tais observações permitiram a descrição e análise deste serviço, bem como relatos de experiências desta prática assistencial.

A observação participante dos grupos terapêuticos e as entrevistas com os pacientes do programa tiveram como objetivo a coleta de material que permitisse compreender de forma ainda mais aprofundada a demanda de transexuais por tratamento médico-cirúrgico e as implicações da compreensão da transexualidade como uma patologia psiquiátrica sobre suas vidas. Através da observação participante em grupos realizados no último ano no ambulatório de Saúde Mental, tivemos acesso a uma multiplicidade de questões associadas à condição transexual, além de poder observar a emergência de diversas temáticas que vão desde o desejo de compartilhar experiências e angústias até sua utilização como um local de discussão e esclarecimento sobre as condições de acesso aos direitos.

Em relação às entrevistas, realizamos dezesseis encontros<sup>40</sup> no próprio hospital com pacientes transexuais masculinos atendidos no ambulatório, com faixa

---

<sup>38</sup> Ver mais detalhes em Arán, M., Murta, D., Zaidhaft, S. Transexualidade e saúde: análise de uma experiência clínica institucional. No prelo 2006.

<sup>39</sup> Cabe salientar que a minha aproximação do campo se deu a partir de um estágio que realizei em 2001 no Serviço de Psicologia Médica e Saúde Mental do HUCFF–UFRJ, no qual participava como observadora dos atendimentos psiquiátricos dos pacientes que desejavam se submeter a cirurgia de transgenitalização.

<sup>40</sup> Entrevistas realizadas a partir da pesquisa citada anteriormente.

etária de 20 a 50 anos. Para definir a amostra, tal como demonstra Minayo (1992:102), nos preocupamos com o aprofundamento e abrangência da compreensão de nosso objeto, não utilizando o critério numérico, mas sim a noção de que a amostra ideal é aquela que é representativa. Mediante a apresentação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, realizamos entrevistas semi-dirigidas, que foram gravadas e transcritas para posterior análise. Vale destacar que optamos por realizar essa modalidade de entrevista por entender que dessa forma é possível apreender a visão dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa sem restringir a coleta dos dados às referências do pesquisador (Minayo,ibid.:99). Ao longo desse processo, apenas em três casos foi necessário realizarmos mais um encontro para complementar o conteúdo das entrevistas, pois os pacientes se submeteram à cirurgia de transgenitalização durante esse período e novos conteúdos poderiam ser acrescentados a investigação.

Para analisar os dados obtidos, iniciamos um trabalho de análise do conteúdo apresentado nas falas do entrevistados. Para isso, realizamos uma primeira leitura do material para ter uma noção geral do mesmo e organizamos os relatos de acordo com os objetivos da pesquisa. Vencida essa etapa de organização, efetuamos uma análise de conteúdo dos dados coletados de modo a produzir materiais, que permitiram posteriormente a apreensão dos significados e da diversidade das narrativas dos entrevistados.

Apresentaremos a seguir algumas questões que consideramos mais relevantes para a análise dos efeitos do diagnóstico de *Transtorno de Identidade de Gênero* nas práticas de saúde.

1 – Demanda cirúrgica e processo terapêutico:



Observamos ao longo do estudo que todas as usuárias<sup>41</sup> inicialmente chegam ao hospital com uma única demanda: a adequação a uma condição considerada já existente, qual seja, a incompatibilidade entre o seu gênero - considerado o “verdadeiro sexo” - e o seu sexo biológico. Em todos os casos destaca-se a certeza de pertencimento ao gênero feminino e o desejo de alcançar reconhecimento como alguém desse sexo com o qual se identificam, seja através da realização da cirurgia de transgenitalização, hormonioterapia ou pelo processo de mudança de nome.

Assim, podemos notar que as usuárias chegam ao HUCFF–UFRJ com o desejo explícito de iniciar o processo de modificação corporal alegando que este é fundamental para suas vidas. Nos relatos, o que surge de forma bem aparente é a necessidade de se livrar de um corpo que elas não reconhecem como seu e o desejo de ter uma vida normal. Seguem abaixo alguns exemplos das falas das pacientes quando perguntadas sobre seu desejo de realizar a cirurgia:

“É porque eu não me penso nesse corpo. (...) Embora eu reconheça que biologicamente sou do sexo masculino, para mim eu não sou homem. Foi isso que me fez procurar ajuda. Eu vivia entrando em depressão (...) Eu só quero levar a minha vida normalmente, sem esses problemas. Ser um ser humano normal, ter os direitos que eu não tenho” (Roberta, 33 anos).

“Eu sinto necessidade de fazer essa cirurgia, eu estou com um espírito montado um corpo que não é meu, então eu não me sinto bem” (Maria, 41 anos).

“Eu quero fazer a cirurgia, veja bem, eu me sinto uma supermulher. Eu não tiro meu chapéu para mulher nenhuma. Eu sou super feliz comigo mesma, mas, na realidade, eu tenho uma coisa que me incomoda. Me incomoda porque não tem nada a ver comigo fisicamente, não tem nada a ver comigo psicologicamente” (Priscila, 36 anos).

Diante dessas falas podemos notar que o interesse em realizar a transformação corporal está absolutamente relacionado a um desejo de livrar-se de uma

---

<sup>41</sup> Nesse momento, as usuárias serão denominadas no feminino por se apresentarem dessa forma.

ambigüidade e se adaptar a norma heterossexual. Para estes indivíduos a redesignação sexual é um processo de adequação a uma condição pré-existente, sendo a cirurgia de transgenitalização um meio para garantir a inteligibilidade social, visto que a sociedade exige uma correspondência entre sexo e gênero (Bento, 2003).

Embora possamos observar que para a maior parte dessas pessoas, a “correção” do sexo anatômico seja compreendida como algo absolutamente necessário para sua existência, devemos destacar que nem todos os pacientes reconhecem na cirurgia o fim de suas dificuldades. Em geral, as pacientes têm clareza sobre o tipo de mudanças que a cirurgia promove, parecendo muito claro que ao mesmo tempo em que esta transformação trata-se de algo fundamental para o exercício da cidadania e para sua auto-realização, não significa a solução de todos os seus problemas ou a transformação absoluta de um corpo masculino em um corpo feminino.

“A minha expectativa é de uma vida normal, que eu vou conseguir ter uma vida direita. Se eu colocar uma roupa vai ficar direita, a cirurgia vai me deixar normal (...) Eu sei que não vou ter a sensibilidade de uma mulher, prazer eu sei que eu não vou ter, vai ter alguma possibilidade porque tem algumas terminações nervosas (...) Mas meu caso não é esse, eu tô preocupada com a feminilidade. Para mim o lugar certo de mexer é dentro da cabeça, mas o único jeito é mexer na parte genital” (Roberta, 33 anos).

“Sentimentalmente eu acho que vai mudar muito. Eu vou poder, eu tenho tanta vontade de ser alguém, de me entregar a alguém de verdade. Mas eu não tenho essa liberdade. Eu não tenho esse direito ainda (...) Eu acho que a adequação sexual no meu caso vai ser a cereja que falta no bolo” (Aline, 34 anos).

“Eu tenho consciência de que eu nunca vou ser uma mulher completa. Mas só de tirar (o pênis) eu já vou me sentir mais segura diante das pessoas (...) Ser uma mulher para mim é estar integrada na sociedade, podendo me assumir para os outros” (Carla, 27 anos).

Ainda que o discurso da maioria dos pacientes, e de grande parte dos teóricos, seja que a principal característica da transexualidade é a demanda de realização da cirurgia de transgenitalização como uma forma de inserção na norma heterossexual, devemos destacar que nem todos os transexuais procuram o tratamento com o objetivo único de manter relações sexuais. Nesse sentido, existe uma diversidade de trajetórias sexuais e subjetivas que denotam que muitas transexuais consideram a cirurgia, bem como os outros procedimentos associados à redesignação sexual, possibilidades para a construção do gênero e que nem “todas” desejam a extirpação do pênis e a construção do canal vaginal (Arán, Murta e Zaidhaft, *ibid.*). Em outras palavras, notamos que a importância da cirurgia vai variar para cada uma dessas pessoas, não significando que, quando não desejam realizar a cirurgia, as mesmas deixam de “ser transexuais”.

“Não vou fazer mais a cirurgia porque sou soropositivo há três anos. E isso interfere na cirurgia [...] Dentro desse tempo que eu fiquei (no Programa) e descobri que a cirurgia não poderia ser realizada, foi quando eu me liberei mais pro sexo e pro prazer. E agora estou satisfeita com o meu sexo (...) Eu já consegui o que eu queria que era me transformar em uma mulher. Ter os homens que eu quero, ter os heterossexuais.[...] O meu objetivo com a cirurgia era mais esse. Eu achava que nenhum homem queria casar comigo por eu não ser uma mulher. Mas agora também eu acho que eu nem quero mais casar. Se aparecer algum homem interessante pode até ser. No momento to muito bem assim to me sentindo bem”.  
(Gabriela, 25 anos)

A partir disso, percebemos que a cirurgia de transgenitalização não tem a mesma representação para todos os transexuais, sendo para alguns uma questão fundamental e para outros apenas mais um recurso para assumir sua identidade de gênero e poder ser reconhecido no interior da normatividade cultural. Como afirma

Bento (2006:156), os motivos que levam o sujeito a desejar se submeter à cirurgia são variados e acontecem em circunstâncias diferentes da vida de cada um.

No que se refere à trajetória destas pessoas em busca de tratamento é possível perceber que os usuários seguiram caminhos singulares e procuraram ajuda de formas diferentes ao longo de sua vida. Em alguns casos podemos notar que o processo de cuidado se apresentou desde cedo e não estava associado apenas à cirurgia de transgenitalização, em outros percebemos que o acesso ao serviço de saúde foi um processo complexo e cheio de preconceitos. De qualquer modo, a partir da identificação de alguma possibilidade de atendimento da demanda da transexualidade no serviço público de saúde, essas pacientes passaram a procurar ajuda e ingressaram em programas assistenciais, sendo muitas vezes atendidas por instituições que não dispunham ainda de programa específico a esta clientela e tornando-se, em alguns casos, “agentes” de implementação dos mesmos<sup>42</sup>.

“Eu era bem jovem. Pelo menos eu ia ser assistida [sobre ser assistida apenas hormonalmente e psicologicamente], porque naquela época eu vivia incógnita, eu era uma menina. (...) Eu fui, fiquei sendo tratada, até que um dia, falando com a minha mãe, o médico falou: ‘Já tá podendo fazer a cirurgia, sabia?’, eu falei ‘não’. Isso foi em 97” (Aline, 34 anos).

“Mandaram eu ir na UERJ, ir em vários lugares porque eu precisava de uma autorização para fazer a cirurgia. Quando eu consegui ir ao médico, ele foi completamente ignorante comigo, falando que se eu sou homossexual era um problema meu e que ele não ia me dar autorização. Eu expliquei que eu queria apenas um encaminhamento porque eu não sou homossexual, e se ele podia fazer isso já que eu estava explicando para ele minha situação. Eu falei que precisava de um acompanhamento, um tratamento, e ele falou que não ia me dar porque era uma opção minha ser assim e eu disse que não era opção” (Roberta, 33 anos).

---

<sup>42</sup> Tal como ocorreu no HUCFF – UFRJ.

No caso específico do HUCFF–UFRJ, as usuárias chegavam ao hospital através de encaminhamento de outra instituição ou procura espontânea e, até 2003, se endereçavam a serviços do hospital que supunham estar associados ao tratamento que procuravam, como a endocrinologia e a cirurgia plástica. Atualmente, a maior parte chega ao “Programa de Assistência a Transexuais e Cirurgia de Transgenitalização” através da indicação de outras pacientes que já estão sendo atendidas e se direcionam diretamente ao Serviço de Psicologia Médica e Saúde Mental que se tornou a referência de atendimento deste serviço. Desde então, pacientes transexuais passam pelo protocolo de atendimento exigido pelo CFM e têm seu acesso à cirurgia de transgenitalização e a todos os outros procedimentos necessários para redesignação sexual garantidos pelo diagnóstico psiquiátrico de transexualismo.

“Foi através de uma vizinha, a Vanusa, que era paciente daqui, ela se atendia com a Dra. Ana Silva. Então, eu estava muito perturbada, estava precisando de tratamento, né?! Endocrinológico...” (Maria, 41 anos).

“Eu participei de um projeto chamado Projeto Praça Onze, que fazia atendimento a grupos de homossexuais e transexuais com HIV do Hospital São Francisco de Assis. (...) Aí me disseram que no Fundão tem o Dr. Luís que tava fazendo tratamento que dá a possibilidade das pessoas fazerem cirurgia. Não era uma coisa certa, mas para eu tentar, quem sabe eu não conseguia alguma coisa. Porque eu até já pensei em ir para o exterior para fazer essa cirurgia” (Priscila, 36 anos).

“... mas na verdade tem uma transexual que já foi operada, a Priscila, que é uma amiga, a pessoa que me trouxe aqui. E aí ela me trouxe para cá. Ela falou com o Dr. Sergio [psiquiatra do programa] porque não tava entrando mais ninguém no grupo. (...) Foi aí que eu vim pra cá. A Priscila me trouxe para falar com o Dr. Sergio, eu tive uma consulta com ele, e ele me encaminhou para a Dra. Márcia [psicóloga do programa]. Tem dado certo”. (Aline, 34 anos)

Vale destacar que, normalmente, quando as pacientes chegam ao hospital já realizaram algum tipo de modificação corporal como implante de silicone nas mamas e uso de hormônios sem prescrição médica. Contudo, a partir do início do acompanhamento isto parece ser um ponto de preocupação delas, incluindo uma atenção maior ao tipo de hormônio que estão utilizando, se posicionando criticamente em relação à medicação que está sendo prescrita, seu fornecimento, discutindo as melhores formas de administração das mesmas e procurando no próprio hospital atendimento para realização das cirurgias plásticas complementares ao processo de redesignação sexual (prótese mamárias, retirada do pomo de Adão, etc.).

“Eu tomava anticoncepcionais. Então foi passando o tempo, e cada vez que eu aumentava a dose eu via que eu não conseguia manter porque ficava caro. Até chegar no *Perlutan*, que eu não sabia que fazia o mesmo efeito. Eu injetava dia sim dia não, 1 ml. Mas não teve jeito, eu ficava sem dinheiro aí tinha que parar. Aí esses anos todos tentando, tentando, tentando, e uma vida muito ansiosa porque eu via que não conseguia aquele corpo que eu tanto desejava. (...) Aí, quando foi há dois anos atrás, eu já estou no programa há dois anos e cinco meses aqui no hospital, eu vim fazer o tratamento aqui com a Dra. Juliana. (...) Eu fiquei com medo, e naquela época eu comecei a injetar 1 ml de progesterona, aquele que evita gravidez, sei lá. Foi muito foi isso que eu desconfiei que escangalhou, e aí ficou os vasos [efeito colateral do uso de hormônios]” (Maria, 41 anos).

Em relação ao procedimento cirúrgico de transgenitalização propriamente dito ocorre o mesmo interesse e preocupação. Podemos perceber que as pacientes apresentam interesse sobre as técnicas disponíveis atualmente, demonstrando uma certa preocupação sobre quais métodos são utilizados em cada programa e quais são os serviços que dispõem dos melhores profissionais. Frequentemente, observamos discussões sobre este assunto e o surgimento de questões associadas à avaliação que fazem sobre o atendimento prestado nas instituições de saúde bem

como a possibilidade de realizar a cirurgia de transgenitalização em um serviço particular por acreditarem que assim poderiam agilizar o processo e ter um atendimento de melhor qualidade “porque estão pagando”.

Diante disso, notamos que a entrada das pacientes transexuais nos serviços de saúde ocorreu gradualmente culminando na constituição de serviços orientados exclusivamente para essas pessoas. Através de seus relatos podemos perceber que seu percurso até o acesso ao tratamento foi margeado por diversos momentos diferentes que vão desde a percepção da transexualidade até a sua inclusão em um programa de cirurgia de transgenitalização. Entretanto, observamos que esse processo não se encerra aí sendo necessário mesmo dentro do tratamento uma adequação contínua ao ambiente hospitalar que se faz através da apropriação do discurso médico por parte das pacientes, incorporação de um diagnóstico, assim como a apresentação de comportamentos que são esperados por um transexual que Bento (ibid.:61) vai denominar de uma “assepsia” das performances dos candidatos a cirurgia de transgenitalização.

## 2 – Sofrimento psíquico e prejuízos sociais

Podemos perceber que para as pacientes a transexualidade é uma condição de intenso sofrimento psíquico que se apresenta de diversas formas. Com certa frequência, relatam sentimentos de angústia devido à situação que vivem e, em alguns casos, observamos ainda a ocorrência de sintomas graves como transtornos alimentares e depressões que já culminaram até em tentativas de suicídio e desejo de auto-mutilação (extirpação do pênis).

“Isso me levou a crises de histeria (...) entrei em anorexia (...) eu tava superdeprimida, com crise de bulimia. Eu queria continuar vivendo com a ilusão de que de repente ‘ah, você é um hermafrodita e vamos ter que te operar às

pressas'(...) Já pensei até em colar (o pênis) com *superbonder*. É lógico que eu não faço porque não sou louca, mas já pensei. Já cheguei a usar esparadrapo para prender e ficar o dia inteiro, não podia fazer xixi" (Aline, 34 anos).

"Se existisse uma injeção que paralisasse o corpo, eu me sacrificava e cortava meu pênis" (Lizandra, 15 anos).

"Teve uma vez que eu fui para no hospital psiquiátrico, no Pinel. (...) Eu não sei o que eu tive, eu comecei a chorar, depois comecei a rir e chorar de novo. Eu não queria comer, não queria dormir e aí resolveram me levar pra lá. Eu fiquei internada um dia e depois me encaminharam. Aos poucos foi passando. (...) E ficavam me forçando a tomar medicação. Eu não queria tomar medicação. A medicação me deixava mais "tereré" ainda. Aí, quando me deixaram sozinha eu tomei toda a medicação, as duas cartelas. No outro dia eu acordei toda torta. Eu queria morrer, mas eu não consegui morrer. (...) Fiz por causa da minha condição, por tudo. Eu pirei por causa disso. Eu tinha medo de assumir para as pessoas" (Gabriela, 25 anos).

De acordo com a psiquiatria, estes sintomas seriam interpretados como comorbidades do Transtorno de Identidade de Gênero. Entretanto, não devemos desconsiderar a conjuntura na qual estão inseridos, visto que o sujeito confronta-se a todo tempo com o preconceito e com restrições sociais das mais diversas ordens devido a sua condição. Nesse sentido, destaca-se o fato que este sofrimento não se dá apenas pela experiência de não pertencimento ao sexo dito biológico, mas também pelos prejuízos sociais, éticos e jurídicos que afetam diretamente a vida dessas pessoas.

Esta questão é bastante visível no que se refere ao trabalho. Em muitos casos, embora a maioria das pacientes tenha uma profissão ou estejam cursando o nível superior, é visível a dificuldade de inserção no mercado de trabalho formal devido a problemas de documentação e aparência. Desse modo, a maior parte das pacientes se mantém através de trabalhos informais, bicos e se prostituem, e aquelas que têm emprego fixo normalmente escondem sua condição.



“... eu nunca trabalhei de carteira assinada, só faço bicos (...) Eles não me consideraram apta para exercer a função por causa disso (transexualidade) sendo que já estava tudo pronto para assinar minha carteira. Eu fui discriminada. (...) Você não tem direito a nada, a nada! Você só tem obrigações, obrigação de ficar calado. Uma vez eu ouvi que eu sou uma aberração. Isso é horrível, me magoou muito” (Roberta, 33 anos).

“As pessoas no meu trabalho pensam que eu sou uma mulher, não sabem da minha condição” (Aline, 34 anos).

Em relação a esta dificuldade de arranjar um trabalho formal, todas as pacientes concordam que isto está associado diretamente à incompatibilidade entre sua imagem e o nome que consta em seu documento. Assim, acreditam que a mudança do nome civil é um procedimento fundamental para sua inclusão social e acesso a possibilidades de trabalho compatíveis com sua competência profissional.

“Eu tenho entrado em muito desespero por causa disso [dificuldade de arranjar emprego]. Eu acho que mesmo operando ainda vão continuar os problemas por causa da mudança de nome” (Roberta, 33 anos).

Sendo assim, verificamos que a transexualidade é uma condição de sofrimento que não se deve apenas a sensação de não pertencimento ao sexo dito biológico mas, em especial, pela precariedade social proveniente da não aceitação dessas pessoas pela normatividade cultural vigente (Arán, Murta e Zaidhaft, *ibid.*). É claro que o sentimento de pertencimento ao gênero oposto é fonte de angústia para esses indivíduos, mas não podemos reduzir todo o conflito vivido por transexuais a essa experiência.

É fundamental para essas pessoas que o seu desejo seja acolhido e que elas possam ser reconhecidas pelo sexo com o qual se identificam. Porém, a transexualidade não necessariamente fixa uma posição subjetiva, sendo importante, nestes casos, deslocar a manifestação empírica e social da transexualidade da

necessidade de traduzi-la imediatamente numa estrutura ou num modo de funcionamento psíquico específico, o que nos permitiria escapar da psiquiatrização ou mesmo da violência da interpretação psicanalítica. A experiência transexual, portanto, comportaria várias formas singulares de subjetivação (Arán, 2006:61).

### 3 – Construções de gênero na transexualidade e diversidade da experiência transexual:

Entre todas as pacientes transexuais atendidas no HUCFF–UFRJ observamos a descrição de uma certeza de pertencimento ao gênero feminino baseada em diversas referências identificatórias entre as quais se destacam idéias estereotipadas sobre feminilidade. É possível perceber que a sensação de pertencimento ao sexo feminino está calcada nos códigos culturais vigentes que definem os membros desse gênero e que há uma crença comum de que possuem uma essência feminina tal qual a de uma mulher “normal”.

“O que é feminino? É muito complicado, ainda mais nos dias de hoje. Sei lá, é ser delicada, sensível, ser amorosa. Não sei. É muito difícil, eu nunca parei pra conceituar o que é ser feminina. Acho que é uma coisa inata, você é feminina ou não” (Aline, 34 anos).

“Porque desde os sete anos eu já me sentia diferente dos outros meninos. Eu nunca fui igual aos outros garotos, eu nunca tive o mesmo comportamento, a mesma vontade que eles. Eu sabia que eu era diferente (...) Eu sempre me identifiquei mais com as meninas. Tem os mesmos pensamentos, as mesmas conversas” (Roberta, 33 anos).

Segundo as descrições, esta experiência é algo presente em suas vidas desde a infância, sendo reforçada e estimulada pela família em alguns casos, e vivida de forma traumática em outros. Na maior parte dos casos, a transexualidade só se constituiu como um conflito efetivamente no início da adolescência quando os

caracteres sexuais secundários tornaram-se mais definidos e a sensação de inadequação ao sexo biológico ficou mais evidente. Por outro lado, relatam que foi nesse momento da vida que assumiram o desejo de apresentar-se como mulher e passaram a utilizar vestuário feminino.

“... a minha aparência já foi feminina desde criança. Talvez não feminina, mas uma coisa meio andrógina (...) Eu já era uma menina porque a minha mama já estava crescendo, a minha voz nunca foi grossa, nunca tive muita virilidade (...) Eu sempre me isolei, eu não ia no banheiro de jeito nenhum. Quando a minha mama começou a crescer foi um problema seríssimo porque eu era alvo de piadinhas, é... eu não sei se era macho-fêmea, era um termo bem chulo. O recreio para mim era um tormento” (Aline, 34 anos).

“O meu rosto sempre foi unissex, mais pro feminino. Com doze anos eu não tinha pêlos, eu tinha cabelo mais curto e mais encaracolado. Parecia uma garotinha. Isso me incomodava muito nessa fase. Era complicado porque eu queria ser um hominho, eu queria ser um rapazinho” (Gabriela, 25 anos).

“Da infância eu não lembro direito mas a adolescência foi um caos. Foi um horror! Eu sofri muito, muito mesmo, principalmente por causa dessas diferenças. Começou a aparecer coisas de homem, mas a minha voz nunca mudou. Sempre foi essa. E... até os quatorze a minha aparência era normal, barba eu nunca tive assim espessa” (Roberta, 33 anos).

Assim, em seus discursos observamos a ênfase nas características da mulher idealizada com base em padrões de masculinidade e feminilidade que foram construídos socialmente (Bento, *ibid.*:156). Observamos que sua “identidade de gênero” é construída sobre representações naturalizadas de identidades masculina e feminina, que se expressam em seus comportamentos e também nos seus relacionamentos sociais<sup>43</sup>, denotando que se definem a partir de ideais compatíveis

---

<sup>43</sup> De acordo, como Zambrano (2003:50), os transexuais masculinos teriam um posicionamento mais passivo em suas relações reproduzindo um papel feminino já ultrapassado.

com as normas de gênero e se aproximam da definição de “transexual verdadeiro” fixada por Benjamin.

Para Zambrano (2003:41), isto é uma estratégia de enfrentamento do preconceito social ao qual estão submetidos. Em sua concepção, os transexuais desejam apresentar-se da forma mais “natural” possível para acionar uma fronteira identitária que reafirma que sua condição não se trata de um desvio moral, mas sim de um acidente da natureza, além de se diferenciar dos travestis que consideram ter uma imagem associada à marginalidade e violência. Deste modo, destacam que, embora a diferença pareça sutil, sua condição é bem diferente da de travestis e homossexuais, pois desejam ter uma vida considerada normal e estarem profundamente adequadas ao chamado “sexo psicológico”, além de eliminarem qualquer ambigüidade em relação a sua identidade sexual.

“Tem gente que gosta de chamar atenção, expõe mais o corpo, bota silicone no corpo, uma prótese no seio. Fica evidente que não é uma mulher. Já teve ocasião em que você pode ser taxada de travesti. Isso é muito chato!” (Priscila, 36 anos).

“E eu nunca achei que eu fosse um homossexual porque eu sabia que era diferente. Eu não me sentia bem em ser encaixado com alguém afeminado. Não, eu não me encaixo nisso porque eles apesar de ser homens, homossexuais, mesmo afeminados, eles não têm a sensação que eu tenho de ser mulher. Eles não têm a pretensão de mudar de sexo. Mesmo os travestis, eles podem colocar silicone, mas ele não tem a intenção de trocar de sexo. (...) Mas para mim gay é homem, se veste de homem” (Roberta, 33 anos).

“Homossexual para mim é um homem que está bem com o sexo dele, que convive bem com o sexo dele, só que sente atração pelo mesmo sexo. Isso é um homossexual. O travesti é um homossexual que tem o fetiche em parecer ser uma mulher. É um fetichismo. Só que, sexualmente falando, ele está mais para homossexual porque ele usa a genitália dele. Ele sente prazer com a genitália dele. (...) Transexual é uma mulher, psicologicamente falando, que nasceu no corpo de um homem” (Aline, 34 anos).

Nesse sentido, para elas, existem condutas básicas que diferenciam o transexual de outras categorias delimitando a diferença de sua condição em relação a qualquer outra que possa ser aproximada da transexualidade. Em seu ponto de vista, existe uma distinção entre o “verdadeiro transexual” e aqueles que simplesmente reivindicam uma identidade feminina; concepção esta que, na maior parte das vezes, é compartilhada pelos profissionais de saúde que estão na assistência direta e, mais precisamente, serve como critério diagnóstico para ingresso desses pacientes nos programas assistenciais.

“Eu vi aqui uma vez uma que faz prostituição ali na Lapa, porque eu já vi ela lá. Ela tava com uma mini saia com tudo de fora. Eu virei pro lado e ela veio me perguntar se ela estava me incomodando em alguma coisa e eu respondi que não. É horrível! Eu to no tratamento ainda entendo. Quer dizer na verdade eu não entendo nada, na verdade eu quis passar despercebida. Agora, imagina você sentada de frente para uma coisa dessas, esquisito, né? (...) Eu não gosto muito de ficar com as pessoas de lá porque parece que a gente fica sendo visto só pela imagem” (Priscila, 36 anos).

“Não adianta, elas lá [IEDE] são totalmente diferentes da gente. Até falo, mas prefiro não me misturar” (Gisele, 48 anos).

Diante dessas falas podemos notar que se produz nesse campo da experiência transexual um processo de afirmação e negação de modelos de identidade através do qual os chamados “verdadeiros transexuais” definem seu lugar e se distinguem de outros indivíduos que apresentam uma condição semelhante (Bento, *ibid.*:201). No entanto, ainda que possamos pensar que talvez seja esse movimento de inclusão e exclusão que produz as margens que delimitam as posições identitárias da transexualidade e que dão a transexualidade um lugar na

inteligibilidade cultural devido a sua inclusão na literatura médica, não podemos compreender esta condição como um tipo de identidade fixa e homogênea.

Notamos que há uma diversidade dessa experiência que se contrapõe a definições estáveis, tornando possível questionar a impressão de que a mesma só pode ser vivida de uma única forma e que se trata de um processo específico de construção da identidade de gênero. Nesse sentido, verificamos que não existe uma “identidade transexual”, mas posições identitárias que se apresentam em cada indivíduo de forma singular e contínua.

#### 4 – Sexualidade:

Ao longo dos atendimentos e das entrevistas, observamos que entre a maioria das pacientes as questões relativas às práticas sexuais não pareciam ter muita importância se comparadas com a questão do reconhecimento social como um membro do gênero feminino. Como demonstrado anteriormente, nos relatos podemos notar que, em geral, o que está atrelado à demanda de adequação do corpo é principalmente o desejo de obter uma identidade compatível com o dito “sexo psicológico” e não necessariamente a possibilidade de ter relações sexuais heterossexuais.

“Eu quero fazer a cirurgia para mim, para eu não ficar com essa verruga a mais no meu corpo. Eu não pretendo ter relações sexuais com ninguém, ninguém vai tocar em mim” (Gisele, 48 anos).

“Meu amigo me perguntou se eu ia fazer a cirurgia mesmo pois eu ia perder o prazer. Eu perguntei para ele: que prazer? A gente perde o que a gente tem (...) Eu não sou uma mulher, só vou ser quando tiver uma vagina (...) Meu problema é minha imagem” (Michele, 24 anos).

Nesse contexto, é possível perceber que algumas das pacientes optaram por não se relacionar com ninguém ou ter qualquer tipo de contato sexual antes de realizar a cirurgia de transgenitalização, porque pensam que assim podem se preservar da situação de terem que se apresentar como transexuais. Aquelas que chegam a ter algum tipo de relacionamento normalmente temem a reação do parceiro e criam estratégias para esconder sua condição, como não tirar a roupa, não ter contatos mais íntimos, dizer que são hermafroditas ou mesmo que são mulheres com algum tipo de problema na genitália. Entre as pacientes acompanhadas no HUCFF - UFRJ são poucas as que escolhem revelar que são transexuais e tem uma vida sexual ativa e satisfatória.

“Eu gosto de uma pessoa, mas não queria gostar de ninguém. Quero fazer a cirurgia antes de ficar com alguém, quero um relacionamento sério” (Vanessa, 23).

“Tive contato mais íntimo de tocar, isso eu tive. Agora de chegar ao ponto de ter relação... não. Nenhum tipo de relação” (Roberta, 33 anos).

“Eu tive um namorado por muito tempo, eu não falei que sou transexual, que sou hermafrodita ele engoliu na boa (...) A grande maioria não soube, mesmo tendo relações sexuais. Eu sempre dava uma desculpa em relação à minha genitália para não olhar, pra não tocar” (Aline, 34 anos).

“Eu sempre arranjo namorado. (...) Outro dia um cara da minha academia me chamou para sair com ele. Chegando lá eu falei logo: ‘Eu sou transexual!’. Para não ter problema depois eu falo de uma vez” (Paula, 32 anos).

De qualquer modo, quando se referem aos seus relacionamentos e às relações sexuais propriamente ditas destacam a vontade de serem vistas e desejadas como uma “mulher verdadeira”, ressaltando que não utilizam o pênis de forma erótica e recusando a definição de sua orientação sexual como homossexual ou qualquer aproximação com o travestismo. Em sua interpretação, são pessoas

portadoras de uma identidade feminina e de um desejo heterossexual. Nesse sentido, para elas é fundamental que o parceiro reconheça a sua identidade feminina, sendo o exercício da sexualidade mais um momento entre outros de confirmação do gênero identificado (Bento, *ibid.*:212).

“Se eu disser que nunca tive relacionamento com um homossexual é mentira, eu tive. Tive e achava que ele era homem. Quando eu descobri que ele era homossexual foi horrível, aquele caos” (Priscila, 36 anos).

“O que passa na minha cabeça é que eu não sou homossexual, não tem como. Quando chegou nesse momento eu mandei parar, falei não. É o que acontecia nesse relacionamento que eu tive, que durou dois anos, chegou um momento que a pessoa queria uma coisa que eu não tenho. Ele queria uma coisa que eu não vou poder dar. Mais a pressão das outras pessoas em cima da pessoa que tava comigo achando que ele era viado. Eu falava para ele: você não é viado! Eu não me sinto homem, eu sou uma mulher” (Roberta, 33 anos).

“O meu maior problema é que eu gosto de ter relação com heterossexuais. Não gosto de homem que pensa que... que saia comigo com tendências homossexuais. Eu gosto de heterossexuais. Eu gosto de sentir, que o cara me toque como se tivesse tocando uma mulher. Isso eu tenho conseguido com sucesso, mas não é fácil convencer eles que não tem nada a ver” (Gabriela, 25 anos).

Todavia, vale destacar que em relação a este aspecto estamos falando especificamente das pacientes deste contexto de pesquisa, sendo necessário considerar a possibilidade da diversidade do desejo. Visto que não há uma relação direta entre orientação sexual e identidade de gênero, não devemos encaixar a transexualidade numa matriz heterossexual (Arán, Murta e Zaidhaft, *ibid.*) e esperar desses indivíduos condutas que estejam absolutamente de acordo com as normas de gênero. Desse modo, podemos nos defrontar com transexuais homossexuais, bissexuais ou mesmo que não desejam ter qualquer tipo de relação sexual em nenhum momento de sua vida.



## 5 – Identidade civil

Ao longo do estudo podemos observar que a demanda de adequação da transexualidade não está restrita às transformações corporais, sendo a modificação do nome civil na redesignação sexual um ponto tão fundamental quanto à cirurgia de transgenitalização. Nessa condição esta questão apresenta-se como um ponto de extrema relevância por todos os constrangimentos que promove na vida social afetando diretamente o exercício de cidadania dessas pessoas e restringindo seu acesso ao emprego formal, plano de saúde entre outras coisas.

“Quando eu entreguei o documento [em uma seleção de emprego] e ela viu o nome, perguntou se estava errado e se eu era Roberta, eu falei que não, que era Roberto mesmo. Ela me devolveu a carteira e disse que não tinha nada lá para mim não (Roberta, 33 anos).

“Quando eu fui na zona eleitoral buscar o meu título, o rapaz não queria me dar de jeito nenhum. Ficou dizendo que eu tava querendo pegar o documento de outra pessoa, que o Francisco é que tinha que ir lá. Então perguntei se ele queria que eu levantasse meu vestido para ele ver se eu não era o Francisco” (Beth, 29 anos).

“E em relação ao problema que eu tive no banco, foi porque mudou a supervisora e o cara acreditou que os documentos não eram meus. Aí, passei a explicar. É uma coisa que eu não quero mais fazer na minha vida é falar que eu fiz uma cirurgia para virar uma mulher. Eu não quero ficar falando isso pra todo mundo. Eu quero ter meus documentos normais” (Priscila, 36 anos).

Entre as pacientes, verificamos que é bastante comum, senão necessário, a criação de estratégias para lidar com todas as dificuldades que são geradas pela incompatibilidade que há entre seu nome civil e sua imagem. A primeira delas e a mais comum é se apresentarem com um nome feminino, que em geral é a adaptação de seu nome no documento, através do qual passam a ser reconhecidas

em seu meio social. Entretanto, esta parece ser apenas uma medida paliativa, pois não as isenta de passar por situações embaraçosas ou mesmo ter que expor sua situação para algumas pessoas a fim de evitar outros constrangimentos.

“Nas últimas eleições quando eu vi que a mesária da minha seção era a minha vizinha, eu desisti de votar e fui embora. Imagina se eu ia chegar lá com meu nome masculino, ela me conhece como Vanessa. Olha que coisa desagradável” (Vanessa, 24 anos).

“Quando fui fazer a matrícula, a moça perguntou: Roberto, onde está o Roberto? Eu falei baixinho: ‘Está aqui’. Ela ficou espantada, mas respeitou. Eu vou ter que conversar com todos os professores para quando fizerem a chamada me chamarem de Roberta e não Roberto. Isto é muito chato” (Roberta, 33 anos).

Segundo Bento (ibid.:58), para os transexuais ser chamado pelo nome de batismo muitas vezes significa uma experiência trágica, pois promove uma descontinuidade entre seu nome e suas performances de gênero. Além disso, ser identificado pelo nome civil os confronta com a posição de gênero que rejeitam e atualiza os preconceitos dos quais foram vítimas ao longo de suas vidas. Assim, verificamos que esta questão surge como um empecilho bastante importante, sendo do interesse de todas as pacientes solicitar judicialmente a mudança do nome para que possam enfim ter a tão desejada vida “normal”.

Podemos perceber que a possibilidade de realizar a redesignação sexual legalmente no Brasil, inaugurou novas perspectivas para os transexuais dando início também a uma transformação da identidade social dessas pessoas (Zambrano, ibid.:65). Nesse contexto, as pacientes demonstram curiosidade e trazem muitas dúvidas sobre o processo de modificação do nome civil, pois a maior parte não sabe exatamente como proceder ou tomam com referência as que fizeram alguma tentativa autônoma de iniciar o processo de modificação do nome mas não

obtiveram muito sucesso ou foram vítimas de preconceito no próprio sistema judiciário. Por outro lado, algumas têm informações sobre outros casos e resultados de processos judiciais que tiveram êxito, sendo que entre as pacientes atendidas no HUCFF–UFRJ, uma conseguiu judicialmente a alteração de seu nome para um outro considerado ambíguo antes de ter sido operada<sup>44</sup>.

“E tem pessoas que já conseguiram mudar com autorização o nome no documento. Eu soube de uma em São Paulo que até criou um site. Ela conseguiu mudar além do nome o sexo do registro para feminino” (Priscila, 36 anos).

“Mas lá no Fórum, eu já fui duas vezes, eles tratam a gente muito mal...não tem informação” (Roberta, 33 anos).

Diante disso, observamos que a mudança do nome é um processo essencial na construção e redefinição do gênero na transexualidade, sendo sem sentido a simples oferta de modificações corporais e tratamento cirúrgico se as mesmas não forem acompanhadas pela possibilidade de mudança do registro civil (Arán, Murta e Zaidhaft, *ibid.*). Porém, a questão da mudança de nome ainda é um problema no Brasil, pois em nosso país o direito tem como referência a morfologia genital, para considerar a mudança do nome de transexuais justificável diante do princípio de imutabilidade relativa dos assentos de nascimento (Zambrano, *ibid.*:91). Assim, um indivíduo só vai ter possibilidade de acesso às modificações que deseja caso se submeta a esse modelo biomédico, passando pela cirurgia de adequação do sexo anatômico ao gênero que se sujeitando à definição de que a transexualidade é uma patologia mental.

## 6 – Ato cirúrgico (técnica cirúrgica), internação e pós-operatório:

---

<sup>44</sup> Nesse caso, o gênero permaneceu identificado como do sexo masculino na certidão de nascimento provavelmente porque ainda há uma discussão sobre a possibilidade da mudança do gênero na certidão de nascimento dessas pessoas.

Em relação à cirurgia observamos que as pacientes têm um certo receio de que o procedimento não aconteça devido a demora na sua realização. Todas relatam temer que a cirurgia não seja efetuada e, mesmo nos casos que já completaram os dois anos exigidos pelo CFM, podemos perceber uma certa insegurança quanto ao agendamento da intervenção<sup>45</sup>.

“Eu fico com medo que nunca chegue a hora. Cada vez é um problema. Será que ainda sai esse ano?” (Vanessa, 24 anos)

“Antes de fazer eu achava que eu não ia fazer. A verdade é essa por tantas coisas que eu estava vendo em relação a tudo, ao SUS por demorar a financiar a cirurgia, as pessoas, as coisas que eu ouvia. Quando ele falou para mim que eu tava para operar e que já tinha marcado o dia, eu falei que só acreditava vendo”. (Priscila, 36 anos)

Uma vez realizada a cirurgia, a maior parte das pacientes relata satisfação com o atendimento prestado e com os resultados do procedimento cirúrgico de transgenitalização, mesmo que tenham passado por alguma situação constrangedora ao longo de todo o tratamento e da internação. Em sua maioria, descrevem um pós-operatório bastante tranquilo e não referem muita dor .

“Estou bem, tive uma ótima recuperação... os médicos foram muito legais e competentes. Acho que a minha vida vai melhorar muito, mas sempre estive consciente de que não era a solução de todos os meus problemas. Esses dias eu até levei um fora” (Mirela, 24 anos)

“Ah, foi ótimo! Eu tô me sentindo bem, mas ainda vou ter que passar pela cirurgia de reparo. Ficou um lado um pouco maior que o outro, mas a Dra. Disse que isso podia acontecer mesmo. Estou bem feliz”. (Maria, 41 anos)

Por outro lado, observamos uma certa decepção naquelas que precisam passar por outras intervenções cirúrgicas para efetuar reparos que nesse tipo de

---

<sup>45</sup> Em duas ocasiões a cirurgia foi adiada em função de questões institucionais quando as pacientes

operação já são esperados, com relatos de estados depressivos e insatisfação com o procedimento. Em alguns momentos, o discurso fica tomado de idéias fantasiosas sobre a equipe sendo aventada a possibilidade de algum erro.

Diante disso, foi possível perceber ao longo da pesquisa que algumas pacientes fazem esta análise do atendimento prestado de forma segmentada, avaliando cada profissional separadamente e, em algumas ocasiões, relatam insatisfação com aqueles que não prestaram assistência de forma satisfatória. Esta questão fica ainda mais evidente quando afirmam que desejam procurar outro programa assistencial para realizar reparos e outros procedimentos ou cogitam a possibilidade de pagar um profissional.

Ainda assim, todas as pacientes que já passaram pela cirurgia descrevem um grande bem-estar após a redesignação sexual referindo que desde então não precisam mais conviver com um corpo que não reconheciam como seu. Relatam que se sentem mais seguras no convívio social e pensam que a partir da cirurgia terão mais facilidades para alcançar seus objetivos, sejam eles profissionais -uma das pacientes ingressou na faculdade logo após a realização da cirurgia- ou a própria modificação do nome em seus documentos. Apesar disso a maioria diz que ainda não revelaria sua condição, expressando o desejo de que seu passado fosse esquecido mesmo sabendo que isto não é possível principalmente por causa de seu registro civil.

“Meu maior prazer foi poder entrar no banheiro das mulheres e fazer xixi de porta aberta (...) As primas de meu companheiro, que nunca souberam direito quem eu era, todas curiosas, ficaram me vendo e eu ali de porta aberta na maior”.  
(Luiza, 26 anos)

“Mudou bastante. Muito, muito, muito. Incomodava tanto, tanto, que às vezes eu passava uma imagem que não era minha. Teve uma ocasião, por exemplo, que eu tava no ponto de ônibus e uns rapazes que estavam do meu lado estavam discutindo que eu não era mulher. (...) Aí, o cara chegou perto de mim e me perguntou se eu era mulher e eu respondi: ‘Eu tenho certeza disso!’. (...) Mas se fosse antes [da cirurgia] com certeza eu ficaria com receio de falar que eu sou mulher, com certeza eu não me sentiria mulher naquele momento porque tinha alguma coisa que me incomodava. Hoje eu sei que o que me incomoda são meus documentos, mas fisicamente eu sou uma mulher”. (Priscila, 36 anos)

“... as coisas mudaram bastante, depois de 7 anos eu querendo entrar numa universidade, não conseguia, não tinha coragem...agora eu consegui. Passei no PRO-UNI. Foi engraçado, eu até ri...” (Roberta, 33 anos)

No que se refere à sexualidade, notamos que as pacientes apresentam uma certa insegurança para ter relações sexuais através da neovagina embora utilizem após a cirurgia um molde para desenvolver o canal vaginal. Das cinco pacientes operadas apenas uma relatou, quase dois meses depois da cirurgia, que finalmente teve relações sexuais embora estivesse com medo. As outras ou não mencionaram o assunto ou falam que “ainda não estão preparadas para fazer sexo vaginal” porque acham que a cirurgia não cicatrizou ainda, porque ainda precisam de reparos entre outros argumentos.

“Estava morrendo de medo, era um cara que eu tinha acabado de conhecer, não sabia o que ele ia achar e estava com medo pela cirurgia também, se ia doer, se ia arrebentar. Pois foi ótimo, acho que até senti prazer. E depois para convencer o cara sobre minha situação? Ele ficou louco por mim, achou que eu era virgem, só acreditou que eu não era mulher quando mostrei minha carteira de identidade”. (Priscila, 36 anos)

“Eu ainda não transei com ninguém não. Sei lá... vai que arrebenta tudo. Além do mais, ainda precisa ajeitar uma pele aqui do lado” (Maria, 41 anos)

A partir disso, notamos que é importante estabelecermos um tempo para o esclarecimento sobre a demanda de realização da cirurgia, pois ao mesmo tempo em que este procedimento técnico aparentemente resolve a questão da incompatibilidade entre sexo e gênero tem conseqüências sobre a vida deste indivíduo e pode acentuar conflitos até então silenciados entre médicos e pacientes.

## CAPÍTULO IV

### CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS PARADOXOS DA TRANS-AUTONOMIA

A partir da análise do dispositivo da transexualidade, observamos que a condição transexual só pôde ser compreendida em nossa cultura através de sua definição como uma patologia que culminou na constituição de sua nosografia psiquiátrica e de um campo assistencial voltado para o tratamento da mesma. É possível perceber que, através da definição dessa condição como uma desordem, foi facilitado o acesso dessas pessoas a medicamentos e tecnologias disponíveis para a transformação corporal, e a realização da cirurgia de transgenitalização tornou-se uma possibilidade real.

Embora a associação do diagnóstico de transexualismo à redesignação sexual tenha viabilizado a institucionalização do debate sobre a assistência dessa clientela na rede pública de saúde, devemos considerar a complexidade que envolve compreender a condição transexual como uma anormalidade, colocando em pauta o paradoxo de que se por um lado o diagnóstico torna legítima a demanda por redesignação sexual e possibilita o acesso aos serviços de saúde<sup>46</sup>, por outro é raiz de restrições sociais e estigmatização que afetam diversos níveis da vida desses indivíduos, reforçando a condição de exclusão e anormalidade desta condição.

Como mencionado antes, o debate em torno da compreensão patologizada do fenômeno transexual tem sido largamente realizado nos dias de hoje, em especial, por aqueles que se opõe a sua definição como uma categoria psiquiátrica. Segundo Butler (2004:76), podemos observar que há um campo de tensão complexo entre aqueles que estão tentando obter autorização e assistência

---

<sup>46</sup> Sobre o debate em relação o conceito de acesso e sua utilização na saúde pública ver Travassos e Martins (2004).



financeira para realizar a cirurgia de transgenitalização e aqueles que consideram que o diagnóstico deve ser eliminado completamente visto que a transexualidade não se apresenta como uma desordem e o indivíduo tem total condição de dispor sobre seu corpo.

Nessa discussão, para os defensores do transexualismo como categoria nosológica, essa definição tem uma função de extrema importância, pois garante o reconhecimento do direito do paciente transexual de utilizar o serviço de saúde para a realizar a conversão sexual<sup>47</sup>. Segundo esta posição, através do diagnóstico psiquiátrico o desejo de realizar a cirurgia de transgenitalização e procedimentos afins pode ser concretizado a partir de sua justificativa como uma necessidade médica, possibilitando assim uma modalidade de exercício de autonomia (Butler, 2004: 76).

No ponto de vista dos opositores à concepção do transexualismo como uma desordem<sup>48</sup>, a condição de transgênero não significa nenhuma incapacidade mental, sendo a argumentação crítica ao diagnóstico baseada na tese de que a qualificação deste fenômeno não está relacionada a qualquer alteração de função, mas com a percepção de uma inadequação às normas de gênero. Para eles, a transexualidade deve ser compreendida como uma entre muitas possibilidades humanas de determinação do próprio gênero, considerando que quando é associada a uma compreensão patológica enfraquece o que Butler (ibid.:77) denomina de trans-autonomia. Desse modo, questionam a avaliação médico-psicológica como condição

---

<sup>47</sup> De acordo com Butler (2004:75), membros da comunidade GLBT, alguns psiquiatras, psicólogos e pesquisadores, como Christian Right e George Rekers, se posicionam a favor do diagnóstico argumentando que o mesmo atesta que a cirurgia é uma necessidade.

<sup>48</sup> Entre esses opositores do diagnóstico podemos incluir ativistas da comunidade GLBT, profissionais de saúde e pesquisadores, como Richard Isay e Judith Butler, que defendem a completa eliminação dessa definição da transexualidade.

de acesso ao tratamento, além de problematizarem as conseqüências inerentes à definição dessa condição como doença.

Ainda que nesse debate pareçam existir visões absolutamente opostas, é possível notar que há uma interseção no argumento utilizado por ambas as partes que refere-se à compreensão de que quando o indivíduo opta pela readequação sexual está engajado no exercício de sua autonomia. Podemos notar que tanto os opositores como os defensores do diagnóstico baseiam suas justificativas na questão da autodeterminação do gênero, sendo que para estes a compreensão patologizada da transexualidade possibilita o exercício da autonomia, pois serve como instrumento para alcançar o objetivo de redesignação sexual, e para aqueles restringiria o exercício da mesma, pois submete o desejo do indivíduo a uma decisão médica.

Diante disso, observamos que existe, nessa discussão, duas formas diferentes de abordagem da questão da autonomia que se expressam na forma como cada uma compreende a autodeterminação e a medicalização. De um lado há uma visão que admite a necessidade de condições específicas para o exercício da autonomia plena, ou seja, que não é possível pressupor o exercício da autonomia numa população que se encontra numa situação de extrema vulnerabilidade considerando que a mesma não é um conceito, mas sim uma prática socialmente condicionada; e de outro há a argumentação que sugere que nesta situação a prática da trans-autonomia seria enfraquecida ou até mesmo comprometida ao estar sujeita a um determinado tipo de avaliação e enquadramento psiquiátrico e psicológico.

Vale ressaltar que a questão da autonomia tem sido um dos principais debates realizados nos Fóruns de Bioética (Diniz e Guilhem, 2002; Diniz e Corrêa,

2001:685). Porém, se no início da institucionalização da disciplina, este conceito pressupunha a liberdade do indivíduo a partir de uma concepção universal e liberal<sup>49</sup>, posteriormente esta noção foi amplamente problematizada, a partir da necessidade constante de se considerar as possibilidades sociais, éticas e políticas do exercício da autonomia, levando em conta a existência de indivíduos e grupos vulneráveis<sup>50</sup>.

Ao fazer uma revisão sobre os aspectos que constituem o *Transtorno de Identidade de Gênero* podemos perceber que os critérios para avaliar a condição transexual como uma desordem estão baseados na compreensão de que há um gênero apropriado para cada sexo e que o desconforto da transexualidade é relativo a um desacordo com essa norma que é fixa e imutável. Na definição do diagnóstico pressupõe-se um sofrimento no indivíduo por estar inadequado às normas de gênero, sendo a adaptação a única forma de eliminar tal sentimento. Verificamos que as definições do transexualismo como entidade nosológica articula uma versão muito rígida dessas normas de gênero, estabelecendo os critérios que vão identificar um transexual com base em atitudes estereotipadas de cada sexo. Segundo Bento

---

<sup>49</sup> Segundo Beuchamp e Childress (2002:138), autonomia é um conceito constituído de muitas idéias que adquire um sentido mais específico quando está contextualizado. Em geral, está associado a palavras como autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo; mas sua definição mais precisa refere-se ao ato livre do indivíduo de acordo com um plano definido por ele mesmo. Existem duas condições essenciais para seu exercício: a liberdade e a qualidade de agente.

<sup>50</sup> Não pretendemos desenvolver a noção de vulnerabilidade nesta dissertação, mas apenas ressaltar que segundo Ruth Macklin “incluem-se aí membros subordinados de grupos hierárquicos como militares ou estudantes; pessoas idosas com demência e residentes em asilos; pessoas que recebem benefícios da seguridade ou assistência social; outras pessoas pobres desempregadas; pacientes em salas de emergência; alguns grupos étnicos e raciais minoritários; sem-teto, nômades, refugiados ou pessoas deslocadas; prisioneiros; e membros de comunidade sem conhecimento dos conceitos modernos” (Macklin, 2003: 61). No entanto é importante considerar “que esta definição de vulnerabilidade diz respeito tanto a um grupo de pessoas momentaneamente incapazes de exercer a sua liberdade por uma contingência física, ou por conseqüências “naturais” do percurso da vida, quanto a um outro grupo que também se mostra incapaz, mas por conseqüências “sociais” e “políticas”. Desta forma ... podemos perceber que o que caracteriza, em parte, este segundo grupo, é certa indefinição do estatuto de sua cidadania” (Arán e Peixoto Jr., 2007)

(2006:23), esses indicadores para diagnosticar um indivíduo que solicita a cirurgia de transgenitalização são os mesmos adotados para avaliar as condutas de um homem ou uma mulher “natural”.

Contudo, é possível notar que essa definição não questiona se há algo de errado com tais normas, não problematizando quais são as condições que possibilitam a percepção de desconforto ou pertencimento a um determinado gênero. A definição do diagnóstico simplesmente atualiza as interpretações sobre o gênero masculino e o feminino de nossa sociedade, medicalizando e normatizando essas condutas desviantes a partir das verdades de cada sexo, além de delimitar uma identidade transexual universal que é revestida de uma série de estigmas e preconceitos que invariavelmente afetam a vida desse indivíduo e interferem na determinação de si.

“... o diagnóstico faz várias pressuposições que enfraquecem a trans-autonomia. [...] Pressupõe-se que certas normas de gênero não tem sido incorporadas corretamente, e que é um erro e uma falha não ocupá-las – assumi-las. [...] Pressupõe-se a linguagem da correção, adaptação e normalização. Procura sustentar as normas de gênero no mundo como elas são atualmente constituídas tende patologizar qualquer esforço para produzir caminhos de gêneros que falham em adequar-se às normas existentes (ou falham em adequar-se com certas fantasias dominantes do que as normas realmente são)” (Butler, *ibid*:77)<sup>51</sup>.

De acordo com Butler (*ibid*:82), ainda que o diagnóstico de transexualismo tenha muitas características desfavoráveis e seja inquestionável sua força de patologização, não podemos subestimar os benefícios que o mesmo promove. Nesse sentido, mesmo tendo uma concepção crítica a qualquer forma de domínio de corpos e sexualidade, considera que nesta conjuntura, uma forma de lidar com isso

---

<sup>51</sup> Tradução da autora. “After all, the diagnosis makes many assumptions that undercut transautonomy. [...] It assumes that certain gender norms have not been properly embodied, and that an error and a failure have taken place. [...] It assumes the language of correction, adaptation, and normalization. It seeks to uphold the gender norms of the world as it is currently constituted and tends

seria se apropriar dele estrategicamente, utilizando-o como um instrumento para alcançar o objetivo de realizar a cirurgia de transgenitalização. Em outras palavras, sugere que “o indivíduo deve se submeter a rótulos e nomes, a incursões, a invasões; deve ser padronizado de acordo com os critérios de normalidade; e deve passar no teste”<sup>52</sup> para que seu exercício de liberdade e autodeterminação do gênero se torne possível.

Nesse contexto, o candidato à conversão sexual deve se enquadrar nos critérios definidos pelos manuais diagnósticos psiquiátricos - se queixando de um enorme sofrimento, descrevendo idéias persistentes de que pertence ao gênero oposto ao seu sexo biológico e utilizando vestuário característico - mesmo que não se identifique completamente com essa descrição ou não concorde que sua condição trata-se de uma patologia. É necessário que se apresente de forma compatível com os padrões esperados, sujeitando-se ao biopoder<sup>53</sup> em termos foucaultianos ou ao aparato regulador segundo a definição de Butler.

Mesmo diante da proposta de uma utilização puramente estratégica do diagnóstico de *Transtorno de Identidade de Gênero*, podemos notar que o dilema referente às conseqüências da definição da transexualidade como uma desordem não se esgota. Seja pelos sacrifícios envolvidos em assumir a condição de doente, seja pelo risco de internalização de alguns desses aspectos patológicos, essa questão se sustenta sendo importante levar em consideração que mesmo a partir de

---

to pathologize any effort to produce gender in ways that fail to conform to existing norms (or, fails to conform to certain dominant fantasy of what existing norms actually are).”

<sup>52</sup> Tradução da autora. “One has to submit to labels and names, to incursions, to invasions; one has to gauged against measures of normalcy; and one has to pass the test” (Butler, 2004:90).

<sup>53</sup> Segundo Foucault (2002:285), na modernidade houve uma ruptura com o pensamento clássico, na qual o poder passou a ser exercido através da disciplina e não da punição, promovendo um controle sobre a vida dos indivíduos e direcionando o dispositivo médico para uma vigilância da normalidade. Em sua concepção, como a disciplina está ligada à normalização, nesse contexto tornou-se necessário corrigir tudo aquilo que estivesse excluído dos parâmetros de normalidade.

uma utilização estratégica essa patologização tem efeitos relevantes sobre a vida daquele que está sujeito a ela. Nas palavras de Butler:

“Do ponto de vista do indivíduo, o diagnóstico pode ser considerado o instrumento mais distante para uma expressão de si próprio e determinação de si. Na verdade, poderia ser definido entre os instrumentos mais fundamentais que alguém precisa para fazer a transição e tornar a vida vivível, que provem as bases para o florescimento do indivíduo como um sujeito materializado. Por outro lado, o instrumento toma conta da vida de quem o utiliza, e pode atuar para produzir uma vida dura para aqueles que sofrem por serem patologizados, e para aqueles que perdem certos direitos e liberdades, incluindo a custódia da criança, emprego, e habitação pelo efeito do estigma relacionado ao diagnóstico, ou mais precisamente, pelo efeito do estigma que diagnóstico fortalece.” (Butler, *ibid.*:88)<sup>54</sup>

Ao longo dessa exposição, podemos perceber que a interpretação da transexualidade como uma desordem psiquiátrica está absolutamente atravessada pela questão do exercício da autonomia do indivíduo, colocando em discussão o real valor da noção de *Transtorno de Identidade de Gênero* como ferramenta de acesso às tecnologias disponíveis para conversão sexual. Notamos que o diagnóstico é um facilitador no que se refere à concretização do desejo de realizar a cirurgia de transgenitalização para transexuais, mas é simultaneamente um potencializador do sofrimento dessas pessoas intensificando tanto a pressão social inerente a essa condição como a necessidade de estar adequado à norma.

Diante disso, é necessário pensar o que significa para o indivíduo ser diagnosticado como portador de um transtorno psiquiátrico, problematizando as repercussões dessa definição sobre sua vida e analisando de forma mais próxima a importância de serviços dirigidos ao atendimento de transexuais. Portanto,

---

<sup>54</sup> Traduzido pela autora. “From the point of view of the individual, the diagnosis can be regarded as na instrument by which to further one’s self-expression and self-determination. Indeed, it can be counted among the very fundamental instruments one needs in order to make a transition that makes life livable, and that provides the grounds for one’s flourishing as na embodied subject. On the other hand, the instrument takes on a life harder for those who suffer by being pathologized, and who lose certain rights and liberties, including child custody, employment, and housing, by virtue of the stigma that the diagnosis strengthens and furthers.”

consideramos que a questão do diagnóstico de transexualismo permanece um problema, algo ainda a ser discutido sob perspectivas diferenciadas que levem sempre em consideração a forma singular como essa experiência é vivida por cada indivíduo. Por tudo o que foi dito, torna-se importante desenvolver um estudo mais aprofundado sobre esse tema, promovendo algum tipo de deslocamento que permita aos serviços de assistência a pacientes transexuais acolher integralmente esses indivíduos, valorizando sua diversidade e sem estar fixados apenas na exigência institucional de confirmação diagnóstica.

Afinal de contas, é sempre bom lembrar que a definição de saúde como um direito de todos, apontada pela Organização Mundial da Saúde, na qual estão fundamentadas todas as diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro, baseia-se na noção de que saúde não trata-se de ausência de doença, mas sim de um estado de bem estar físico, mental e social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARÁN, M. A Transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. **Ágora - Estudos em Teoria psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 49 –63, 2006.

\_\_\_\_\_. Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea, **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 11, n. 2, p.399-422, 2003.

ARÁN, M., MURTA, D., ZAIDHAFT, S. Transexualidade e saúde: análise de uma experiência clínica institucional. **No prelo**, 2006.

ARÁN, M.; PEIXOTO JÚNIOR, C. A. Subversões do desejo: sobre gênero e subjetividade em Judith Butler. **Cadernos Pagu**, no prelo, 2007.

\_\_\_\_\_. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na contemporaneidade. **Revista de Saúde Pública**, no prelo, 2007.

BENJAMIN, H. **The transsexual phenomenon**. New York: Julian Press, 1966. Disponível em: < <http://www.symposion.com/ijt/benjamin/index.htm> >. Acesso em 20 ago. 2006.

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

\_\_\_\_\_. Transexuais, corpos e próteses. **Labrys – Estudos Feministas**, Brasília, n.4, ago./dez. 2003. Disponível em: < <http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys4/textos/berenice1.htm> >. Acesso em: 02 set 2006.

BEUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. O respeito à autonomia. In: \_\_\_\_\_ **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 137 – 208.

BIRMAN, J. **Cartografias do Feminino**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.

BUTLER, J. **Undoing Gender**. Nova York/ Londres: Routledge, 2004.

\_\_\_\_\_. **Bodies that Matter: On the discursive limits of “sex”**. Nova York: British Library, 1993.

\_\_\_\_\_. **Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CALLIGARIS, C. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CASTEL, P. H. **La métamorphose impensable. Essai sur le transsexualisme et l’identité personnelle**. Paris: Galimard, 2003.

\_\_\_\_\_. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia de “fenômeno transexual” (1910 – 1995). **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v.21, n 41, p.77 – 111, 2001.



CAULDWELL, D.O. Psychopathia Transexualis. **International Journal of Transgenderism**. Minnessota, vol.5, n. 2 abr./jun 2001. Disponível em: < [http://www.symposion.com/ijt/cauldwell/cauldwell\\_02.htm](http://www.symposion.com/ijt/cauldwell/cauldwell_02.htm)>. Acesso em: 10 out. 2006.

CHILAND, C. **Le Transexulisme. Que sais-je?** Paris: Puf, 2003.

CORRÊA, M. Sexo, sexualidade e diferença sexual no discurso médico: algumas reflexões. In: LOYOLA, M. A. (org.) **A sexualidade nas ciências humanas**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p.69-92.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Protocolo no. 1529/79. Assunto: Transexualismo, Relator: Antonio Jesuino dos Santos Neto, **Parecer CREMEB: 02/79**, Aprovado em 10/10/1979. Disponível em: < [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmba/pareceres/1979/2\\_1979.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmba/pareceres/1979/2_1979.htm) >. Acesso em 22 abr. 2006.

\_\_\_\_\_ Protocolo no. 1529/79. Assunto: Transexualismo, Relator: Artur Ventura de Matos, **Parecer Consulta 03/80**, Aprovado em 31/03/1980. Disponível em: < [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmba/pareceres/1980/3\\_1980.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmba/pareceres/1980/3_1980.htm) >. Acesso em: 22 abr. 2006.

\_\_\_\_\_ Processo de Consulta PC/CFM/No.0617/90, **PC/CFM/No. 11/1991**. Assunto: Cirurgia de Conversão Sexual, Relator: Conselheiro Hilário Lourenço de Freitas Junior, Aprovado 13/04/1991. Brasília, D.F.. Disponível em: < [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1991/11\\_1991.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1991/11_1991.htm)>. Acesso em 22 abr. 2006.

\_\_\_\_\_ Processo de Consulta PC/CFM/No.0871/90, **PC/CFM/No. 12/1991**. Assunto: Cirurgia de Conversão Sexual, Relator: Conselheiro Hilário Lourenço de Freitas Junior. Brasília, D.F.. Disponível em: < [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1991/12\\_1991.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1991/12_1991.htm)>. Acesso em: 22 abr. 2006.

\_\_\_\_\_ **Parecer e Proposta de Resolução PC/CFM/ No.39/97**. Assunto: Cirurgia Transgenital, Relator: Dr. Julio Cezar Meirelles Gomes e Lúcio Mario da Cruz Bulhões (Comissão de Estudos sobre Transexualismo). Aprovado em 09/05/1997. Brasília, D.F.: Comissão de Estudos sobre Transexualismo. Disponível em: < [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1997/39\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1997/39_1997.htm)>. Acesso em: 22 abr. 2006.

\_\_\_\_\_ **Resolução no. 1482 de novembro de 1997**. Autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. Diário Oficial da União 1997; 19 set. Disponível em : < [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1482\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1482_1997.htm) > Acesso em: 12 abr. 2005.

\_\_\_\_\_ **Resolução no. 1652 de maio de 2002**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização e revoga a Resolução CFM 1482/97. Diário Oficial da União 2002, 2 dez. Disponível em: < [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1652\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1652_2002.htm) > Acesso em: 12 abr. 2005.

CZERMARK, M. Précisions sur la clinique du transsexualisme. **Le discours psychanalytique**, n.3, p.16-22, 1982.

DINIZ, D.; CORRÊA, M. Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17, 3, p. 679-688, 2001.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é Bioética?** São Paulo: Ed. Brasiliense, 2002.

DOR, J. Transexualismo e o Sexo dos Anjos. In: \_\_\_\_\_ **Estruturas e Perversões**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 166 – 182.

DSM – IV – TR **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Cláudia Dornelles. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FOUCAULT, M. O verdadeiro sexo. In: \_\_\_\_\_ **Ditos e escritos V. Ética, sexualidade e política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

\_\_\_\_\_ **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_ **História da Sexualidade I. A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FRIGNET, H. **O transexualismo**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2002.  
\_\_\_\_\_ Identité sexuelle et transexualisme. **Logos et Anankè. Revue de Psychanalyse et de Psychopathologie**, n.1, p. 83- 96, 1999.

GARNER, B.; STEFANIE, A.; LIONÇO, T. Movimento GLBT e transexualidade nas políticas públicas de saúde no Brasil: idiosincrasias e sincronismos. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 7., 2005, Florianópolis. **Anais eletrônicos...** Florianópolis: UFSC, 2005. Simpósio temático 16 - Sexualidades, corporalidades e transgêneros: narrativas fora da ordem. Disponível em: < [http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/G/Graner-Stefanie-Lionco\\_16.pdf](http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/G/Graner-Stefanie-Lionco_16.pdf)>. Acesso em : 23 out. 2006.

JORNADA NACIONAL SOBRE TRANSEXUALIDADE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA NO BRASIL, 1., 2005, Rio de Janeiro – **Relatório Final**. Disponível em: < <http://www.ims.uerj.br/transexualidadesaude/>>. Acesso em: 05 jan. 2006.

LANTERI-LAURA, G. **Leitura das Perversões**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LIONÇO, T. **Um olhar sobre a transexualidade a partir da perspectiva da tensionalidade somato-psíquica**. Tese (Doutorado em Psicologia), Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

LÖWY, I. Intersexe et transsexualités: Les technologies de la médecine et la séparation du sexe social. In: LÖWY, I.; ROUCH, H. **La distinction entre sexe e genre: Une histoire entre biologie et culture**. Paris: Harmattan, 2003. p. 81 – 104.

MACKLIN R. Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: Garrafa V. , Pessini L. (org.). **Bioética, Poder e Injustiça**. São Paulo: Edições Loyola; 2003. p.59-70.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. HUCITEC – ABRASCO: São Paulo, 1992.

MILLOT, C. **Extrasexo: Ensaio sobre o Transexualismo**. São Paulo: Escuta, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 880/GM**. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da Política Nacional de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - GLTB. Aprovada em 13 de maio de 2004. Disponível em: <  
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-880.htm> >. Acesso em: 15 out. 2006.

MONEY, J. Sex reassignment as related to hermaphroditism and transsexualism. In: GREEN, R. & MONEY, J. **Transsexualism and Sex reassignment**. Baltimore: The Johns Hopkins Press , 1969. p. 91 – 114.

NERI, R. **Psicanálise e Feminino: um horizonte da modernidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

NUNES, S.A. O século XVIII e a construção da imagem materna. In: \_\_\_\_\_. **O corpo do diabo entre a cruz e a caldeirinha: um estudo sobre a mulher, o masoquismo e a feminilidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. p.17 – 52.

PEIXOTO JR., C. A. A Lei do Desejo e o Desejo Produtivo : transgressão da ordem ou afirmação da diferença ?. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.109-127, 2004.

\_\_\_\_\_. **Metamorfoses entre o sexual e o social: Uma leitura da teoria psicanalítica da perversão**. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 1999.

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

STOLLER, R. J. The male transsexual as “experiment”. **International Journal of Psychoanalysis**, Los Angeles, v.54, p. 215 – 225, 1973.

\_\_\_\_\_. **A experiência transexual**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2, p. 190-198, 2004.

VON KRAFT-EBING, R. **Psychopathia Sexualis: as histórias de caso**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ZAMBRANO, E. **Trocando os documentos: um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo**. 2003. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

# ANEXOS



## Anexo 1

Escala de Orientação Sexual (S.O.S.) – Desordem e Indecisão de Sexo e Papel de Gênero (Homens) <sup>55</sup>						
	Grupo 1			Grupo 2	Grupo 3	
Perfil "SENTIMENTO DE GÊNERO "	Tipo I TRAVESTI  Pseudo - Masculino	Tipo II TRAVESTI  Masculino Fetichista	Tipo III TRAVESTI  Verdadeiro Masculino (mas com menos convicção)	Tipo IV TRANSEXUAL Não decidido sobre cirurgia. Desliza entre travesti e transexual.	Tipo V TRANSEXUAL VERDADEIRO Intensidade feminina moderada. ("Preso em um corpo masculino")	Tipo VI TRANSEXUAL VERDADEIRO Intensidade feminina alta. Total inversão psicossexual.
HÁBITOS DE VESTUÁRIO E VIDA SOCIAL	Vive como homem. Pode vestir-se ocasionalmente como mulher. Não é um verdadeiro travesti. Vida masculina normal.	Vive como homem. Veste- se periodicamente ou durante parte do dia como mulher. Usa roupas de baixo masculinas.	Veste-se como mulher constantemente ou sempre que possível. Pode viver e ser aceito como mulher. Pode usar roupa de baixo masculina se não houver outra opção.	Veste-se como mulher sempre que possível sendo insuficiente o alívio ao seu desconforto de gênero. Pode viver como homem ou mulher, alternando algumas vezes.	Vive e atua com uma mulher se possível. Pouco alívio ao vestir- se como mulher.	Pode viver a agir como uma mulher. Vestir- se como mulher dá um alívio insuficiente. Intenso desconforto de gênero.
OBJETO E VIDA SEXUAL	Hetero-, bi-, or homossexual. Vestir-se como mulher e mudar de sexo pode ocorrer principalmente	Heterossexual. Raramente bissexual. Masturbação com fetiche Sentimentos de culpa. Recua e	Heterossexual, exceto quando está vestido como mulher. Vestir-se dá satisfação sexual aliviando o	Libido sempre baixa. Assexuado ou auto-erótico. Pode ser bissexual. Pode ser também	Libido baixa. Assexuado, auto-erótico, ou atividade homossexual passiva. Pode ter sido casado	Desejos intensos de Ter relação com homens normais como uma mulher, se jovem. Mais

<sup>55</sup> Versão traduzida pela autora.

	durante fantasias de masturbação. Pode gostar apenas de assuntos relativos a travestis.	tem recaídas.	desconforto de gênero. Pode recurrar e tem recaídas.	casado e ter filhos.	e ter filhos.	tarde, baixa libido. Pode Ter sido casado e ter filhos através de fantasias no intercuso sexual.
ESCALA KINSEY <sup>a</sup>	0-6	0-2	0-2	1-4	4-6	6
OPERAÇÃO DE CONVERSÃO SEXUAL	Não considerada na realidade.	Rejeitado.	Verdadeiramente rejeitado, mas a idéia pode ser atrativa.	Atrativo, mas não solicitado ou não admitido.	Solicitado. Normalmente indicado.	Solicitado de forma urgente e frequentemente realizado. Indicado.
MEDICAÇÃO DE ESTROGENIO	Não interessado. Não indicado.	Raramente interessado. Eventualmente utilizado para reduzir a libido.	Atrativo como experimento. Pode ser útil emocionalmente.	Necessário para conforto e equilíbrio emocional.	Necessário como substituto da cirurgia ou preliminar a ela.	Solicitado para alívio parcial.
PSICOTERAPIA	Não demandado. Desnecessário.	Pode ser bem sucedida. (Em ambientes favoráveis.)	Se tentada normalmente é sem sucesso como a cura.	Apenas como orientação; de outra forma recusada ou sem sucesso.	Rejeitada. Pouco útil como a cura. Serve como orientação psicológica.	Orientação psicológica ou psicoterapia para alívio de sintomas apenas.
REMARKS	Interessado em vestir-se como mulher apenas eventualmente.	Pode ter dupla personalidade (masculina e feminina) com nomes masculinos e femininos.	Pode assumir uma dupla personalidade. Tendência ao transexualismo.	Vida social dependente das circunstâncias.	Operação desejada. Normalmente alcançada.	Despreza seus órgãos sexuais. Risco de suicídio ou auto-mutilação, se muito frustrado.
<sup>a</sup> Ver explicação no texto. <i>Tipo 0</i> : Orientação e identificação sexual normal, heterossexual ou homossexual. A idéia de “vestir-se” ou de “mudar de sexo” é estranha e desprazerosa. Vasta maioria das pessoas.						



**Anexo 2****PROTOCOLO:1529/79**

ASSUNTO: TRANSEXUALISMO

RELATOR: ANTONIO JESUINO DOS SANTOS NETO

PARECER CREMEB: 02/79

APROVADO EM: 10/10/79

1. Cirurgião plástico, consulta sobre inclusão de prótese de silicone, em pacientes do sexo masculino e invoca o envolvimento psíquico , como um dos fatores mais importantes, em Cirurgia Estética;
2. A consulta encontra amparo no Artigo 92 do Código de Ética;
3. Entendemos que a consulta decorre da posição assumida hoje pelo homossexual e os problemas do transexual, com referência especial ao travesti;
4. O Artigo 51 refere que “são licitas as intervenções cirúrgicas com finalidade estética, desde que necessárias ou quando o defeito a ser removido ou atenuado seja fator de desajustamento psíquico”.
5. Ao referir “desde que necessária” parece-nos que não seja este o caso da consulta cuja operação, no momento atual, consideramos desnecessária e enquadramos no Artigo 32 – Não é permitido ao médico, letrá e indicar ou executar” terapêutica ou intervenção cirúrgica desnecessária ou proibida pela legislação do País”;
6. Atente-se que a consulta prende-se a intervenção a ser realizada, “por solicitação do paciente”, não indicada pois pelo médico , que se limitaria a executá-la.
7. Opinamos, que a resposta à consulta, seja pelo aconselhamento a não realizar as próteses mamarias com silicone e encaminhar os pacientes para tratamento psiquiátrico ou apoio psicológico a depender do grau de envolvimento do psiquismo dos mesmos.

É o nosso parecer, s.m.j.

**Antonio Jesuino dos Santos Neto Conselheiro**

### Anexo 3

#### PROCESSO CONSULTA CFM N° 0617/90 PC/CFM/N° 11/1991

**INTERESSADO:** Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais.

**INTERESSADO:** Sr. Hideraldo Luiz Silva Oliveira

**ASSUNTO:** Cirurgia de conversão sexual

**RELATOR:** Cons. Hilário Lourenço de Freitas Junior.

Ref. Conversão Sexual

**EMENTA:** Incorre em ilícito ético e penal o médico que, diante de solicitação de seu paciente, realizar cirurgia de conversão sexual, por desobservância ao artigo 129 do Código Penal e ao artigo 42 do Código de Ética Médica, por se tratar de mutilação grave e ofensa à integridade corporal.

#### PARTE EXPOSITIVA

Em correspondência datada de 19.03.90, o Sr. HIDERALDO LUIZ SILVA OLIVEIRA, em apêlo comovente, solicita ao "Sr. Francisco" do Conselho Federal de Medicina, (com certeza referindo-se ao nobre e eminente Ex-Presidente desta Casa – Dr. Francisco Álvaro Barbosa Costa) autorização para se submeter a uma cirurgia de conversão sexual, com o intuito de possibilitar a transmutação do sexo masculino para o feminino.

Não há registro de qualquer exame a que tenha se submetido o interessado. O que temos é o relato do interessado que afirma tratar-se de indivíduo com características masculinas devendo haver contudo profundos conflitos na esfera psico-sexual e afetiva.

Apesar de fazer referencia à alguns médicos recomendando-o a se deixar submeter à referida cirurgia, não consta dos autos qualquer laudo médico nesse sentido, não tendo sequer, o interessado, se submetido a exame psiquiátrico.

Constam apenas dos autos, três outras cartas de igual teor, sendo duas de autoria do mesmo e uma terceira carta assinada pela Sra. Maria José dos Santos – Lepoldina – MG, que se dizendo amiga do Sr. Hideraldo Oliveira intercede em seu favor por se sentir bastante preocupada com o estado de ansiedade do mesmo e com o que pode advir com a não realização da propalada cirurgia.

Além desses fatos nenhum dado novo é relatado nestas citadas correspondências afora o drama pessoal em que vive o Sr. Hideraldo frente ao conflito existencial de rejeição psicológica aos atributos fisiológicos que o identificam como sendo indivíduo do sexo masculino.

#### PARTE CONCLUSIVA

À parte os aspectos psico-sociais das circunstâncias que cercam o caso do Sr. Hideraldo Oliveira, nos defrontamos com uma tragédia pessoal com desdobramentos imprevisíveis na esfera existencial, em face a um dilema psico-social resultante de uma realidade não aceita.

Acreditamos entretanto ser real o sofrimento a que está submetido o postulante por não possuir uma identidade bio-psyco-social que o referencie frente a seus semelhantes e à sociedade em que o mesmo se acha inserido.

Entretanto, se nos comove o doloroso conflito que está colocado nesta história de vida mal vivida, não nos parece terreno seguro digressionar sobre os

aspectos filosóficos e psico-sociais de uma existência sexual rejeitada, quando o estatuto da lei e da Ética abordam e definem, com clareza, as questões relativas ao procedimento a ser adotado frente ao transexualismo ou TRANSGENITALISMO, no dizer do Prof. JEAN CLAUDE NAHOUN, e o ato cirúrgico que tornaria possível a transmutação sexual.

Assim, se nos causa constrangimento o relato dramático do Sr. Hideraldo Oliveira sobre a sua condição existencial, não podemos deixar de citar o valioso trabalho sobre o assunto discutido pelo Prof. HOLDEMAR OLIVEIRA DE MENEZES citado no relatório do IV CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA LEGAL ocorrido em São Paulo em dezembro de 1974, bem como o Parecer CFM n° 28/75, da lavra do Ex-Conselheiro CLARIMESSO MACHADO ARCURI.

Segundo o Prof. Holdemar Oliveira, "... o transexual de alta intensidade constitui-se por indivíduos de total inversão psicosssexual, que vivem como mulher, desejam intensa e urgentemente a mudança do sexo e, mais ainda, prometem automutilação ou suicídio se não foram atendidos em seus anseios que julgam justos. E conclui: Na cirurgia desejada pelo transexual, o ato é mutilador e não corretivo".

Sobre este tema, assim se pronunciou o Dr. Claremessô Machado: 'O problema da transexualidade reside na não aceitação da identidade sexual; na busca desesperada pela transformação sexual pela ação cirúrgica obtida por hormônios; na procura incansada pela harmonia entre o sexo psico-social e a atividade sexual desejada como se pertencesse ao sexo oposto'.

E conclui o nobre parecerista contrariamente à licitude da pretendida cirurgia de conversão do sexo por infringência ao Código Penal e ao Código de Ética Médica, por seu caráter mutilador.

Para ambos, muitos "transformados" prosseguem em suas carreiras reivindicatórias, alguns insatisfeitos por não poderem conceber e parir.

No presente caso estamos diante, com um razoável grau de certeza, de uma situação caracterizada como transexualismo ou transgenitalismo onde o consulente procura obter, deste Egrégio Conselho, autorização para se submeter à pretendida cirurgia que consistiria na erradicação dos órgãos genitais masculinos e na confecção de neo-vagina, com vistas à sua satisfação carnal mas sem possibilidade de reprodução da espécie.

É certo que em alguns países é possível a realização da cirurgia de conversão sexual, por se entender que tal procedimento possui finalidade terapêutica justificável face ao profundo desequilíbrio psico-social em que se encontram esses indivíduos.

O direito pátrio adota, entretanto, como princípio, o respeito à integridade física, só admitindo violação do mesmo nos casos de intersexualidade quando as cirurgias justificam-se por suas finalidade corretivas.

Assim se pronunciou o Prof. Holdemar Oliveira de Menezes acerca da cirurgia realizada nos casos de intersexualidade;

"...mesmo que algumas vezes de difícil e corajosa decisão, por ter que remover um falo ou um clitóris, até mesmo gônadas, obedece a um diagnóstico rigorosamente pesquisado, visando a um aconselhamento de sexo, através da correção da genitália externa, eliminando estruturas contraditórias, buscando a harmonia entre a fisiologia e o sexo de criação a ser adotado ou já adotado. Trata-se nestes casos, não de uma mutilação, de uma mudança de sexo, de um transgenitalismo para justificar hábitos homossexuais, porém de uma determinação necessária de sexo, de uma opção que se faz obrigatória, em face da dubiedade com que a natureza se manifestou".

O mesmo não ocorre entretanto nos casos de transexualismo, onde não há contradição fisiológica reconhecível ou evidenciável. Ainda para o Prof. Holdemar Menezes, "... castrar, emascular sabendo-se que isso só vai servir para a oficialização de uma homossexualidade, isso, para nós não é intervenção cirúrgica, senão mutilação cirúrgica sob o ponto de vista anatômico e lesão sob o ponto de vista penal...".

Assim, realizando uma cirurgia de conversão sexual em pacientes transexuais, o médico estará, juridicamente provocando lesão corporal grave, prevista no artigo 129, § 2º, incisos III e IV do Código Penal, verbis:

Artigo 129 - ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem - pena: detenção de três meses a um ano.

§ 2º se resultar:

III - Perda ou insuficiência de membro, sentido ou função;

IV - Deformidade permanente

Pena: reclusão de dois a oito anos.

Além de ferir a Ética Médica em seu artigo 42, verbis:

Artigo 42 - É vedado ao médico: Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País. (o grifo é nosso).

Proporcionar, portanto, a outrem, mediante cirurgia mutiladora, atributos fisiológicos novos e diametralmente opostos ao original, sem contudo garantir-lhes a funcionalidade inerente, é semear em terreno fértil, a ansiedade e o desespero em quem espera de tal cirurgia a solução mágica para seus defeitos estruturais de conduta e personalidade.

Finalmente temos a considerar que, ao pretender se submeter à citada cirurgia, espera o consulente assumir nova identidade civil como se do-sexo oposto fosse, o que caracterizaria crime por falsa identidade imputado aos agentes ativo e passivo desta fantasiosa empreitada, previsto no artigo 307 do Código Penal, verbis:

Artigo 307 - Atribuir-se ou atribuir a terceiros falsa identidade para obter vantagem, em proveito próprio ou alheio, ou para causar dano a outrem.

Pena: Detenção, de três meses a um ano, ou multa se o fato não constitua elemento de crime mais grave.

## **CONCLUSÃO**

Sendo um dos objetivos dos Conselhos de Medicina, zelar pelo cumprimento das Leis do País e da Ética que rege a prática da Medicina, somos de parecer contrário ao pleito da pretendida cirurgia de conversão sexual pelos motivos expostos no presente Relatório.

É o parecer s.m.j.

Brasília, 28 de fevereiro de 1991.

**HILÁRIO LOURENÇO DE FREITAS JUNIOR**  
**Cons. Relator**

## Anexo 4

### PROCESSO CONSULTA CPM N.º 0871/90 PC/CFM/Nº 12/1991

**INTERESSADO:** CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**INTERESSADA:** MARCIA VINHARSKI DA SILVA

**ASSUNTO:** CIRURGIA DE CONVERSÃO SEXUAL

**RELATOR:** CONS. HILÁRIO LOURENCO DE FREITAS JUNIOR

**Ref. Conversão Sexual**

**EMENTA:** A cirurgia de conversão sexual para indivíduos com genitálias externas e internas definidas e cromatina sexual compatível é proibida pelas Leis Brasileiras capitulado no artigo 129, § 2º, incisos III e IV do Código Penal e incorporada ao Código de Ética Médica, artigo 42, pôr se tratar de mutilação grave e ofensa à integridade corporal.

#### PARTE EXPOSITIVA

O presente Processo Consulta teve origem na correspondência datada de 12.08.87, cuja autora, MARCIA VINHARSKI DA SILVA, 27 anos, natural do município de São Bernardo do Campo - SP, solicita ao CREMESP autorização para se submeter a uma cirurgia de conversão sexual.

Nesta correspondência, a interessada afirma ser transexual e que apesar de ser mulher, não se sente como tal. Que a sua decisão de se submeter à referida cirurgia para a conversão de sexo feminino para o masculino é irrevogável e a única maneira de se sentir integrada à sociedade.

Possuindo genitálias externas e internas do sexo feminino, evidenciadas por exames físicos e ultra-sonográfico além de cromatina sexual compatível, possui entretanto identificação psico-sexual com o sexo masculino, enquadrando-se portanto, segundo exame psiquiátrico, na entidade nosológica e nosográfica denominada "Transexualismo".

Sobre este tema, este Conselho já teve a oportunidade de se manifestar, firmando jurisprudência ao aprovar o parecer CFM nº 28/75 da lavra do Cons. CLARIMESSO MACHADO ARCURI quando naquela ocasião, citando vários estudiosos da matéria, dentre eles, Prof. Jean Cleude Nahoun, o parecerista concluiu tratar-se, tal cirurgia de conversão do sexo, na realidade de uma cirurgia de transgenitalismo, vez que "muda-se as genitálias e não o sexo do indivíduo, resultando portanto em mutilação grave e ofensa à integridade corporal proibida pela Lei e pela ética médica.

Designado pelo Sr. Presidente do CREMESP para emitir parecer sobre o assunto, o Cons. WILSON RUBENS ANDREONI assim procedeu e em parecer substancial e consistente, (pg. 82 usque 86), concluiu pela não realização da pretendida cirurgia, o que teve a aprovação do Pleno do CREMESP em sua 1389ª Reunião Plenária realizada em 16.04.90.

Em grau de recurso, MARCIA VINHARSKI DA SILVA solicita a este Egrégio Conselho Federal reapreciar a matéria, fazendo um apelo comovente frente a sua condição existencial, contra-arqumentando à posição adotada pelo parecerista do CREMESP, invocando em seu favor os princípios Constitucionais contidos no artigo

5º da magna carta, além de questionar a interpretação dada pelo parecerista aos artigos 129 e 307 do Código Penal e ao artigo 42 do Código de Ética Médica.

## **PARTE CONCLUSIVA**

Após lidos e analisados todos os autos do presente processo consulta, chegamos as mesmas conclusões pronunciadas pelo nobre parecerista do CREMESP, subscrevendo-o integralmente e submentendo-o a apreciação deste Egrégio Conselho.

Exmo. Sr.  
Dr. Heitor D'Aragona Buzzoni  
DD. Presidente do CREMESP  
C O N S U L T A NR. 17.196/87

Senhor Presidente,

Após designações anteriores de vários Conselheiros, coube-nos, por redistribuição, ser o relator da presente consulta.

Este expediente teve origem em carta datada de 12.08.87, subscrita por Marcia Vinharski da Silva, Solicitando autorização do CREMESP para cirurgia de conversão sexual.

Pela análise do processo depreende-se que Marcia Vinharski da Silva possui genitália externas e internas do Sexo feminino, constatado por exames físicos e ultra-sonográfico e, em contrapartida, com identificação psico-sexual do sexo masculino. Tal caso enquadra-se perfeitamente na entidade nosológica e nosográfica denominada "Transexualismo"

O pedido da paciente para transformação do sexo é apoiada por indicação do cirurgião plástico, Dr. Evaldo Luge (CRM 25.261), que se propõe executar a ablação das mamas, para melhor adaptação da mesma à Sociedade.

Paralelamente Marcia Vinharski solicita orientação do Serviço de Assistência Jurídica da Prefeitura de São Bernardo do Campo, para retificação de seu registro de nascimento, sendo informada por aquele departamento que isso envolvia duas alterações, pronome e sexo. Para instruir o processo seriam necessários relatórios médicos indicando diagnóstico e formas de correção, devendo figurar, ainda, a natureza do sexo.

A paciente realizou exames no Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, tendo constado em relatório médico assinado pelo Dr. Marcos Mitsuyoshi Mori, datado de 30.03.87, que a avaliação psiquiátrica de momento revelava distúrbios profundos de organização psíquica, tendo a mesma absoluta necessidade de tratamento psiquiátrico (psicoterapia intensa).

Não ficou evidenciado nos autos que a paciente tivesse se submetido ao tratamento psiquiátrico recomendado.

Marcia procurou os serviços profissionais do Dr. Evaldo Luge no intuito de realizar mastectomia simples bilateral.

A exceção da pilosidade da face, causada provavelmente por patologia endócrina, apresentava, como já foi dito, genitália externa e interna feminina, respondendo, porém, psicologicamente aos estímulos do sexo masculino.

Estamos, portanto, diante de um caso de transexualismo, não havendo problemas de mal formação congênita ou de sexualidade dúbia.

A interessada juntou aos autos resultados de exames de dosagem hormonais ora próprios do sexo feminino, ora do masculino, como também cópia de cartas enviadas ao então Senador Marcondes Gadelha e Deputado Mendes Botelho reivindicando alterações nos dispositivos legais para a prática de cirurgia de conversão sexual.

As fls. 51 constam fatos da paciente com área pilosa na face e glândulas mamárias com desenvolvimentos próprios do sexo feminino.

Do estudo apurado da documentação e depoimentos deste expediente deduz-se que Marcia Vtnharski da Silva, com genitálias externas e internas do sexo feminino, apresenta problemas de personalidade defeituosamente estruturada.

De acordo com opinião já emitida pela Assessoria Jurídica, através da consulta n.º. 28/75, a par da impossibilidade dos Conselheiros Regionais e do Conselho Federal de Medicina autorizaram a realização de um tipo ou de outro de cirurgia em determinado paciente, é certo que a conduta que o médico tem que adotar é a de somente praticar atos médicos que forem lícitos e necessários.

Assim parecer-nos que o motivo da realização da cirurgia reparadora pretendida seria dar à paciente simplesmente Características anatômicas masculina, o que levaria a implicações jurídicas, ao lado de implicações Éticas, porque essa motivação, ao nosso ver, é insuficiente.

A cirurgia solicitada incidiria sobre as glândulas mamárias, extraindo-as. Do ponto de vista jurídico este caso seria considerado como lesão corporal de natureza grave, prevista no artigo 129 -parágrafo 2º, incisos III e IV do Código Penal, verbis:

Artigo 129 - Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem - Pena: detenção de três meses a um ano.

Parágrafo 2º se resulta:

III - Perda ou insuficiência de membro, sentido ou função,

IV - Deformidade permanente.

Pena: reclusão, de dois a oito anos.

Outrossim, se a paciente com apenas essa cirurgia, como é óbvio, não mudaria de sexo, como poderia, então, pretender alteração de identidade?

Por outro lado se o relatório do médico assistente atestasse mudança de sexo, tal fato, sem dúvida, elidiria em crime de falsa identidade prevista no artigo 307 do mesmo código, que dispõe:

Artigo 307 - Atribuir-se ou atribuir a terceiros falsa identidade para obter vantagem, em proveito próprio ou alheio, ou para causar dano a outrem.

Pena: detenção de três meses a um ano, ou multa, se o fato não constitui elemento de crime mais grave.

Com referência aos aspectos éticos o Código Brasileiro de Deontologia Médica dispunha nos seus artigos 8º e 13 que é vedado ao médico no exercício de sua profissão:

Artigo 8º - Desrespeitar a legislação vigente e não pautar os seus atos pelos mais rígidos princípios morais e Éticos.

Artigo 13 - Praticar atos médicos ou participar deles, se forem ilícitos ou desnecessários.

Enquanto que o atual Código de Ética Médica, no Capítulo II, artigo 42, diz que é vedado ao médico:

Artigo 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

Após exaustiva pesquisas e consultas, inclusive com o concurso da Assessoria Jurídica, encontramos que o autor Antonio Chaves, em seu livro "Direito a Vida e ao Próprio Corpo., ano 1986, Capítulo III - intersexualidade e transexualidade - discorre, entre outros assuntos, sobre pedido de autorização para mudança de sexo e conseqüente retificação do registro civil. Informa que há inúmeras pessoas aguardando autorização legal para que possam ser submetidas a cirurgia para reversão de transexuais.

Tal fato levou a Comissão de Justiça do Senado a decidir no dia 09.05.85, tramitação urgente de projeto nesse sentido, por sugestão do Senador Marcondes Gadelha, para maiores de 21 anos, com parecer médico favorável. No dia seguinte tal projeto de Lei, oriundo da Câmara dos Deputados, foi aprovado pelo Senado, mas, provavelmente vetado pelo Presidente da República, logo após.

Deve-se mencionar, ainda, que nesse mesmo livro, à página 39, a Dra. Matilde J. Sutter Hojda, observa que: - "o transexual, recusando seu sexo biológico e admitindo como seu verdadeiro sexo o psicológico, imagina-se como se realmente tivesse nascido nesse sexo; mas não nasceu assim, e por melhor que seja a cirurgia, sua anatomia impede perfeita nova funcionalidade".

No momento em que se outorga a alguém um sexo biológico diferente do seu, mesmo tendo havido cirurgia, estarão o Direito e a Medicina conferindo a este indivíduo uma "capacidade" que ele não possui.

Assim, pois, a impossibilidade geraria a ansiedade e, em seguida, o desespero.

Diante do exposto, entendemos que a cirurgia pleiteada, do modo como foi proposta, não teria indicação formal, quer seja pelos relatórios e atestados médicos do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, quer por ser considerada como mutiladora, não encontrando, portanto, o devido amparo legal.

Este é o parecer, s.m.j.

Cons. Wilson Rubens Andreoni

APROVADO NA 1389ª. REUNIÃO PLENÁRIA, REALIZADA EM 16.04.90.

É o parecer S.M.J.

Brasília-DF, 27 de fevereiro de 1991.

**HILÁRIO LOURENCO DE FREITAS JUNIOR**

**Cons. Relator**

Aprovado em Sessão Plenária

Dia 13/04/91



## Anexo 5

### PARECER E PROPOSTA DE RESOLUÇÃO PC/CFM/Nº 39/97

**ASSUNTO:** Cirurgia transgenital

**RELATORES:** Dr. Júlio Cezar Meirelles Gomes e Lúcio Mario da Cruz Bulhões  
(Comissão de Estudos sobre Transexualismo)

#### HISTÓRICO

O presente parecer originou-se de uma iniciativa da diretoria do Conselho Federal de Medicina, a qual, preocupada com artigos sobre cirurgia de transexualismo publicados na imprensa leiga, designou uma comissão - composta pelos conselheiros Júlio César Meirelles Gomes e Lúcio Mário da Cruz Bulhões - com a finalidade de organizar um debate sobre o tema transexualismo, concretizado na Sessão Plenária de 10/8/95, bem como elaborar relatórios sobre a matéria, com vistas à possibilidade de tornar ética a proposta terapêutica conhecida como cirurgia de transgenitalismo, a saber: neocolpovivoplastia e neofaloplastia, já praticadas em diversos países e no Brasil ainda restritas ao âmbito acadêmico/experimental.

Após o primeiro debate, ocorrido na sede do Conselho Federal de Medicina em 10/8/95, com a presença do prof. Ronaldo Pamplona da Costa, prof. Jalma Jurado e deputado José Coimbra, a comissão buscou novos elementos de doutrina e promoveu em Salvador/BA, em 19/3/97, por ocasião do I ENCM - Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, do ano de 1997, outro debate sobre o tema, com a presença da dra. Ana Daniela Leite e Aguiar, representante da OAB/DF - Seção de Direitos Humanos, prof. Jalma Jurado e prof. Ronaldo Pamplona. Neste encontro houve a apresentação do tema, mediante palestras fartamente ilustradas, e a promoção de debates sobre a questão, após o que a Plenária manifestou-se, por maioria, favorável ao procedimento cirúrgico, ressaltados o embasamento legal a ser apreciado *a posteriori* e a compreensão de que o procedimento proposto constituía uma forma especial de tratamento médico, com fundamento técnico e adequação legal.

A questão do transexualismo, segundo nosso entendimento, deve ser enquadrada no âmbito das intersexualidades não-orgânicas - como também sugere o professor Jalma Jurado, estudioso da matéria e autor de técnicas cirúrgicas transgenitais.

#### CLASSIFICAÇÃO DOS ESTADOS INTERSEXUAIS

O próprio trabalho do prof. Jurado, apresentado no debate do I ENCM - Salvador, referenda os elementos de definição técnica do estado intersexual:

"Existem variadas classificações tentando englobar todas as possibilidades clínicas, porém a de Klebs (1876), com algumas modificações, permite boa compreensão, facilidade diagnóstica e propostas terapêuticas. Utiliza como primeiro critério a histologia presente nas gônadas:

1. HERMAFRODITISMO (as gônadas são histologicamente normais e ocorrem ambivalências morfológicas).

A. 1- VERDADEIRO: há concomitância dos dois tecidos gonadais (masc. e fem.) no mesmo indivíduo. São raros os casos na literatura; vivem como homens ou mulheres

inférteis, com sexo genital ambiguo uni ou bilateral (de um lado masc. e de outro, fem.).

**B.2- FALSO OU PSEUDO-HERMAFRODITISMO:** só há um tipo de gônada presente (ovário ou testículo) e ocorre ambigüidade somática de dois tipos:

**B.1- Feminino** - o pseudo-hermafroditismo feminino (presença de ovários) é a forma de intersexualidade mais comum (50%), causando grandes problemas para o afetado, família e sociedade, principalmente se for mantido no sexo masculino, pois neste caso a função sexual ativa será precaríssima.

**B.2- Masculino** - o pseudo-hermafroditismo masculino (presença de testículos) tem graus variados de feminização somática. A mais intensa é a síndrome de Morris (soma feminino), com testículos presentes em hérnias inguinais.

**2. GÔNADAS DISGENÉTICAS:** é um estado intersexual produzido por gônadas mal diferenciadas surgidas de alterações numéricas nos cromossomos sexuais, como a síndrome de Klinefelter e a de Turner.

**3. HERMAFRODITISMO PSÍQUICO** - disforia do gênero ou **transexualismo**, termo introduzido por Benjamin - As gônadas têm histologia normal, mas atrofiam-se pela contínua auto-ingestão de hormônios do sexo oposto.

Nestes casos, temos os sete níveis de diferenciação sexual concordantes, excetuando o SEXO PSÍQUICO, FUNCIONAL E CEREBRAL. O indivíduo só se identifica com o sexo oposto, não aceitando em nenhuma hipótese manter-se na condição disfórica; não tem absolutamente funcionalidade sexual ativa, apresenta ereção insuficiente, masturbação ausente e repulsa ou desejo de castração do próprio genital, além de busca desesperada por auxílio científico. Seu hipotálamo induz ao comportamento e aparência física do outro sexo."

## FUNDAMENTOS

De fato, constitui competência singular do Conselho Federal de Medicina estudar a fundo a questão da cirurgia transgenital corretivo e oferecer à sociedade uma proposta ética conciliatória entre a possibilidade plástica e os impedimentos legais que vedam a mutilação do ser humano, vista como a simples supressão de Órgão ou funções, conforme o artigo 129 do Código Penal:

"Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

.....

§ 2º

III - perda ou inutilização de membro, sentido ou função;

....."

O impedimento ético estaria configurado no artigo 42 do Código de Ética Médica, que literalmente veda ao médico: "Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País", não fosse a licitude evidenciada no artigo 199 da Constituição Federal, parágrafo quarto, que trata das condições e requisitas que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento; a isso, alia-se o fato de que a transformação da genitália constitui a etapa mais importante no tratamento de transexualismo.

Ao Conselho Federal de Medicina convém, destarte, examinar com propriedade os dispositivos contidos no artigo supracitado, bem como, da Lei nº 9.434, de 4/2/97, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes ou tratamento, a qual, em seu artigo 9º explicita ser "permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos ou partes do próprio corpo vivo para fins de transplante ou terapêuticos". Ora, o que

se impõe, então, é reconhecer e fundamentar como opção terapêutica uma cirurgia que se dispõe a remodelar a genitália externa de acordo com o sexo psíquico. Para tanto, é forçoso reconhecer em caráter preliminar, como pré-requisito, a existência de múltiplas definições de identidade sexual, além do simples sexo cromossômico ou genético surgido na oogênese e traduzido pela formulação 44xx e 44xy, fêmea e macho.

Destacamos parte da matéria contida no jornal do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, de janeiro de 1997, sobre o assunto, que se mostra ilustrativa e oferece robustos elementos de convicção:

"Levando em consideração que há cirurgias mutiladoras, mas não antiéticas, que se baseiam na necessidade de recuperação da saúde *lato senso*, alvo de toda a atenção do médico, bem como procurar dar ao paciente uma condição de saúde psíquica não caracteriza um ato médico desnecessário, é que o Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF), em sessão plenária realizada em 19 de maio de 1994, aprovou parecer do conselheiro Pedro Pablo Magalhães Chacel sobre consulta acerca da legalidade e eticidade da cirurgia transexual, decidindo que o médico ao praticar uma cirurgia transexual em tese não comete infração ao Código de Ética Médica, não lhe competindo, entretanto, fornecer ao paciente atestado de mudança de sexo, ao mesmo tempo que o médico deve ser alertado que do ponto de vista criminal a lesão corporal é crime de ação pública, independente de uma denúncia, podendo ser instaurado processo de autoridade judicial."

Jalma Jurado, reconhecida autoridade no âmbito da cirurgia experimental de transgenitalismo no Brasil, dispõe que: "Use a ciência médica reconhecer o termo tratamento há compatibilização legal para a cirurgia do transexual em nossa Carta Magna, bastando leis de reassentamento civil" e esclarece ainda, no tópico seguinte, que "a transgenitalização não extirpa órgãos ou abole função, pelo contrário adapta a genitália autodesfuncionalizada para a cópula em anatomia apta à função *coeundi*. Apenas as gônadas, atrofiadas pelo bombardeio hormonal, são removidas pelo seu potencial cancerígeno". E mais, "acreditamos, s.m.j., que a cirurgia do transexual devidamente padronizada e regulamentada é um procedimento ético, legal e de ressocialização humana".

Este tipo de cirurgia é praticada com o propósito de beneficiar um paciente portador de sexo psicológico feminino, desejoso de fazer a cirurgia de conversão da genitália; caso contrário, propenso ao auto-extermínio em face do grave conflito entre fenótipo e consciência de opção sexual, uma espécie de pulsação interior feminina".

O motivo essencial da cirurgia é a intenção da beneficência, princípio basilar da ética, a busca da integração entre o corpo e a identidade sexual psíquica do interessado, enquanto outros princípios envolvidos no exame ético da questão são a autonomia e a justiça: a autonomia porque contempla o direito da autodeterminação, inclusive em dispor do próprio corpo, configurando o preceito da não-sacralidade da vida e, portanto, o direito de dispor de todo ou parte do próprio corpo; a justiça porque envolve a cidadania, o direito de a pessoa não ser discriminada no pleito à cirurgia, já acessível à população de classe média e média alta.

O que se mostra primordial é reconhecer a prevalência do sexo psíquico sobre o sexo genético como fator de integração do ser humano na sociedade, isto é, a prevalência do homem como animal político acima do homem reprodutor. Em segundo lugar, convém considerar a irreversibilidade do quadro psíquico à luz dos conhecimentos médicos atuais e a compreensão médica do desajuste daí decorrente, ostensivo e ruidoso, lesivo à condição humana, muito além do desajuste

genético, que em regra é silencioso e transcorre abaixo da linha d'água; isto é, sem expressão clínica.

Enfim, esta cirurgia deve ter pelo menos o dom de abrir as portas de um cárcere inefável e libertar o pássaro da sensualidade.

Quanto à prevalência do sexo psíquico sobre o genético e a classificação do homem como animal político acima do animal reprodutor, convém citar que a reprodução como fator de perpetuação da espécie não é tão primordial como o era no período pré-científico, além da técnica da clonagem ora disponível, que reproduz o ser vivo sem o concurso do macho reprodutor! Assegurada a sobrevivência da espécie humana nos tempos atuais, impõe-se, como imperativo existencial, a busca da felicidade. Há quem considere a sexualidade humana como um atributo tão valioso que não deva se restringir à reprodução.

Portanto, a questão ética primordial para o CEM como setor avançado da sociedade médica e tutor dos interesses sociais da medicina é definir como tratamento a correção cirúrgica da genitália externa e dos caracteres sexuais secundários, visando recompor a unidade biopsicomorfológica do ser humano, muito acima da simples função reprodutora. Essa dicotomia não foi provocada pela mão do homem, nem por caprichos de índole sexual das minorias oprimidas, mas pela própria natureza em sua infortunística fisiológico de má formação. E pode, no caso, corrigir o homem aquilo que a natureza, por descuido, deformou. Por que não?

A questão em pauta é a inaparência da parte mais agravada no conflito de formação, que é o sexo psíquico, latejante, secreto e desconfortável, de dentro para fora; inafeito à reconstrução ou à plástica modeladora, daí a correção daquilo que vem a ser uma impropriedade do organismo, aparente e mutável, como a genitália externa.

A proposta que se apresenta é, sanadas as dúvidas sobre o caminho legal para a sua execução e na ausência de quaisquer impedimentos normativos (aberto o caminho técnico com segurança e propriedade), tornar ética a sua possibilidade em nosso país, democratizar o acesso a esse procedimento para as minorias sexuais oprimidas e discriminadas. Mais do que isto, injustiçadas, vez que já existe em outros países a possibilidade técnica, legal e ética de alcançar essa cirurgia desde que haja lastro financeiro. Não é justo que a única barreira seja o poder econômico.

A atuação do médico pode e deve ser considerada um ato ético perfeito e justo.

Até prova em contrário, o médico alcançou em sua plenitude a recomendação ética de restaurar a beleza, o brilho e a própria alegria de viver de um cidadão aturdido e massacrado por uma genitália aberrante, estranha aos designios insondáveis de sua alma.

A questão tem relevância social? Tem, mas uma relevância que não se exprime em números, mas em gravidade. É impossível para a Medicina, impregnada dos princípios da bioética, admitir que o ser humano se torne refém do próprio corpo, que o corpo seja o cativo do indivíduo e não um instrumento de sua vontade na busca do prazer, princípio e fim da condição humana. Convém buscar nas palavras magistrais de Fernando Pessoa, poeta português, com identidade sexual ambígua, o mérito dessa aflitiva condição de hóspede privado:

"Reconheço sem ilusão a natureza do fenômeno. É uma inversão sexual fruste. Páira no espírito. Sempre, porém, nos momentos de meditação sobre mim, me inquietou, não tiive nunca a certeza, nem a tenho ainda, de que essa disposição do temperamento não pudesse

um dia descer-me ao corpo. Não digo que praticasse então a sexualidade correspondente a esse impulso; mas bastava o desejo para me humilhar. Somos vários desta espécie, pela história abaixo - pela história artística sobretudo. Shakespeare e Rousseau são dois exemplos, ou exemplares, mais ilustres. E o meu receio da descida ao corpo dessa inversão do espírito - radica-mo a contemplação de como nesses dois desceu - completamente no primeiro, e em pederastia; incertamente no segundo, num vago masoquismo."

A questão do assento legal da cidadania não constitui competência normativa do Conselho Federal de Medicina pelo que, se tanto, caberia recomendações junto ao Congresso Nacional para subsidiar a discussão e um possível reordenamento da matéria, oferecendo razões técnicas e biológicas para a sua compreensão (art. 307 do Código Penal – "Atribuir-se ou atribuir a terceiro falsa identidade para obter vantagem, em proveito próprio ou alheio, ou para causar dano a outrem: Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa, se o fato não constitui elemento de crime mais grave.")

Nosso parecer alcança, com mais propriedade e pertinência, as formas de hermafroditismo falso ou verdadeiro, como deformações grotescas da genitália que comprometem o lastro psicológico do sexo, além do comprometimento irreversível da função reprodutora, portanto, formas passíveis de correção cirúrgica, sem controvérsia. A questão se desloca para os casos intersexuais, objeto direto da nossa atenção normativa.

Por definição, transexual é o indivíduo que se identifica como pertencente ao sexo oposto e experimenta grande frustração ao tentar se expressar através do seu sexo genético. Caldwell, em 1949, definiu como "síndrome de psicopatia sexual". R. Harry R. Benjamin, em 1953, cunhou o termo transexualismo, para distinguir de homossexualismo, na medida em que se caracteriza pela repulsa, pela rejeição à própria genitália semelhante ao sexo desejado e que gera o desconforto supremo da inadequação entre partes vivas.

Matéria extraída do jornal do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, de janeiro de 1997, pertine à questão e merece transcrição no trecho onde história a participação do Conselho Federal de Medicina na licitude ética da cirurgia transexual:

"O Conselho Federal de Medicina (CFM) já se manifestou a respeito dos aspectos éticos e legais da cirurgia transexual, através de consultas a ele dirigidas, aprovando o Parecer-Consulta nº 28/75, do conselheiro Clarimesso Machado Arcuri, que à época assim se pronunciou: 'O problema da transexualidade reside na não aceitação da identidade sexual, na busca desesperada pela transformação sexual pela ação cirúrgica ou obtida por hormônios; na procura incansável pela harmonia entre o sexo psicossocial e a atividade sexual desejada, como se pertencesse ao sexo oposto' e conclui ser a cirurgia não de mudança de sexo, pois muda-se a genitália e não o sexo do indivíduo, resultando em mutilação grave e ofensa à integridade corporal. O sexo biológico é imutável.

O segundo Parecer-Consulta aprovado pelo CFM é o de nº 12/91, do conselheiro Hilário Lourenço de Freitas Júnior, que conclui ser a cirurgia transexual, para indivíduos com genitália interna e externa definidas e cromatina sexual compatível, proibida pelas leis brasileiras,

capituladas no artigo 129, parágrafo 2º, incisos III e IV do Código Penal e incorporado ao Código de Ética Médica, artigo 42, Capítulo III - Responsabilidade Profissional, que estabelece ser vedado ao médico 'praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País'."

Do parecer do prof. Jalma Jurado buscamos alguns conceitos de transexualismo e elementos de distinção dos estados assemelhados:

**"O FENÔMENO TRANSEXUAL** - Ao aceitarmos que a perfeita saúde biopsicossocial do homem é função da realização sexual plena, iniciada em tenra idade até a velhice, é intuitiva a existência do Hermafroditismo psíquico. Se nosso raciocínio for inverso, continuaremos a ver na marginalidade ética, moral e social **os transexuais**.

Os desvios de comportamento sexual ocorrem, existem e permanecerão em sociedades primitivas, organizadas ou avançadas. É uma opção humana fora do controle, regras, punições e leis adotadas. Entende-se que os auto-identificados no seu sexo, aptos funcionalmente, também exibam e atuam nas características do outro sexo. São os **homossexuais, bissexuais, travestis, exibicionistas ou psicopatas**, etc., que devem ser diagnosticados e receber cuidados profissionais adequados, que jamais inclua 'mudança de sexo' ou transgenitalização cirúrgica. No passado, programas que os incluíssem na transgenitalização foram desastrosos. As várias etapas diagnósticas convencionadas, em vários centros médicos do mundo, podem reconhecê-los e orientá-los.

As friagens endócrino-psicológicas executadas por um período de dois anos, permitem o diagnóstico claro de **transexualismo masculino ou feminino**. As estatísticas (imprecisas) admitem entre 1/20.000 a 1/100.000 transexuais por habitante (na proporção de 6 homens para 1 mulher). Eles passam a vida se autotransformando (mutilando-se às vezes), utilizando ilicitamente hormônios e materiais aloplásticos, marginalizando-se obcecados pela compulsão de pertencer ao sexo oposto. Somente a transgenitalização cirúrgica e o reassentamento civil reverterão a síndrome. O VI Simpósio Internacional de Disforia do Gênero calcula entre 3 a 6 mil norte-americanos os candidatos ao tratamento, e entre 30 a 60 mil os que se auto-enquadram nessa condição.

Os avanços morais, legais, sociais e religiosos e as modernas terapêuticas regulamentaram o tratamento do transexualismo em mais de 40 centros mundiais, sob padronização médica. Há comunicados e trabalhos em culturas tradicionais como a chinesa (6) e muçulmana (decretos religiosos 'fatwa'), autorizando a cirurgia.

Deve ficar claro que na forma mais comum de transexualismo, o **masculino**, as ciências médica e jurídica não ousam transformá-los em corpos femininos (inexistirá genitália interna e reprodução), nem colaboram para o 'erro essencial de pessoa', ou de capacitar um ser humano para uma função que a natureza 'não previu'. A ação cirúrgica se faz pela adaptação da morfologia genital à auto-identificação pretendida (estão descritas múltiplas técnicas que resultam em excelente morfologia e funcionalidade genital)."

O Conselho Federal de Medicina não pode é ficar indiferente à questão. Pode até ser contrário à eticidade da proposta cirúrgica, como o foi até a presente data, em parte apoiado na convicção sobre o impedimento legal, em parte atrelado a preconceitos sociais. É preciso que o Conselho Federal de Medicina tenha o "timing", a sensibilidade histórica, para proposições inovadoras que lhe são pertinentes, isto é, para abrir caminho no presente em direção ao futuro e favorecer os avanços na Medicina em consonância com as aspirações da sociedade e sem

afrontar a lei. Fazê-lo antes que a sociedade leiga o faça, antes que a sociedade faça justiça pelas próprias mãos. Não pode o Conselho Federal de Medicina ir a reboque de movimentos legalistas ou ficar à mercê de vertentes eleitoreiras. Citamos no quadro abaixo as principais características dos transexuais, a título de definição da clientela-alvo, segundo classificação de estudiosos:

"Quadro 1" principais características dos transexuais:

- Intenso desconforto com o sexo anatômico
- Desejo de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundários do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto
- Permanência deste distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos
- Ausência de transtorno mental, como esquizofrenia"

A seleção de pacientes para este tipo de procedimento cirúrgico deve ser a mais rigorosa possível, em face da complexidade do ato e sua irreversibilidade. O quadro n° 2 apresenta os critérios utilizados pela Fundação Harry Benjamin/EUA:

"Quadro 2"

Critérios de seleção para a cirurgia

- Ausência de psicopatologia
- Ausência de história criminal
- Suporte social adequado
- Ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia"

## CONCLUSÃO

A proposta que temos a frente contraria pareceres deste Colegiado elaborados sob os auspícios da Constituição Federal em época anterior a 1988; por outro lado, estudos genéticos de ponta indicam, na atualidade, bases orgânicas para os desvios de identidade sexual, como ademais os costumes e hábitos sociais sofreram transformação nos grandes centros do País nas duas últimas décadas. Além disso, temos hoje, disponível, uma técnica segura e eficaz, apenas não reversível, que oferece ao indivíduo a possibilidade de transformação da genitália e dos caracteres sexuais secundários. Pelo exposto, propomos ao Plenário do Conselho Federal de Medicina a adoção dos procedimentos acima, a título de cirurgia experimental para os casos de transexualismo, obedecidos os critérios de seleção e na forma da Resolução anexa:

Brasília, de abril de 1997.

**Comissão de Estudos sobre Transexualismo**

Dr. Júlio Cezar Meirelles Gomes Dr. Lúcio Mário da Cruz Bulhões

Aprovado em sessão plenária em 09/05/97

**Anexo 6****RESOLUÇÃO CFM nº 1.482 /97**

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO a competência normativa conferida pelo artigo 2º da Resolução CFM nº 1.246/88, combinado ao artigo 2º da Lei nº 3.268/57, que tratam, respectivamente, da expedição de resoluções que complementem o Código de Ética Médica e do zelo pertinente à fiscalização e disciplina do ato médico;

CONSIDERANDO ser o paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenotipo e tendência à auto mutilação e ou auto-extermínio;

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

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

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

CONSIDERANDO que o artigo 42 do Código de Ética Médica veda os procedimentos médicos proibidos em lei, e não há lei que defina a transformação terapêutica da genitália in anima nobili como crime;

CONSIDERANDO que o espírito de licitude ética pretendido visa fomentar o aperfeiçoamento de novas técnicas, bem como estimular a pesquisa cirúrgica de transformação da genitália e aprimorar os critérios de seleção;

CONSIDERANDO o que dispõe a Resolução CNS nº 196/96;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 10 de setembro de 1997,

RESOLVE:



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

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

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

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

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

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

5. Consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução CNS nº 196/96;

6. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 10 de setembro de 1997.

WALDIR PAIVA MESQUITA

Presidente

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

2º Secretário

Publicada no D.O.U. de 19.09.97 Página 20.944

**Anexo 7****RESOLUÇÃO CFM nº 1.652/2002**

Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

**CONSIDERANDO** a competência normativa conferida pelo artigo 2º da Resolução CFM nº 1.246/88, combinado ao artigo 2º da Lei nº 3.268/57, que tratam, respectivamente, da expedição de resoluções que complementem o Código de Ética Médica e do zelo pertinente à fiscalização e disciplina do ato médico;

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

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

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

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

**CONSIDERANDO** que o artigo 42 do Código de Ética Médica veda os procedimentos médicos proibidos em lei, e não há lei que defina a transformação terapêutica da genitália *in anima nobili* como crime;

**CONSIDERANDO** que o espírito de licitude ética pretendido visa fomentar o aperfeiçoamento de novas técnicas, bem como estimular a pesquisa cirúrgica de transformação da genitália e aprimorar os critérios de seleção;

**CONSIDERANDO** o que dispõe a Resolução CNS nº 196/96;

**CONSIDERANDO** o estágio atual dos procedimentos de seleção e tratamento dos casos de transexualismo, com evolução decorrente dos critérios estabelecidos na Resolução CFM nº 1.482/97 e do trabalho das instituições ali previstas;

**CONSIDERANDO** o bom resultado cirúrgico, tanto do ponto de vista estético como funcional, das neocolpovulvoplastias nos casos com indicação precisa de transformação o fenótipo masculino para feminino;

**CONSIDERANDO** as dificuldades técnicas ainda presentes para a obtenção de bom resultado tanto no aspecto estético como funcional das neofaloplastias, mesmo nos casos com boa indicação de transformação do fenótipo feminino para masculino;

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

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 6 de novembro de 2002,

**RESOLVE:**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Parágrafo 1º** - O Corpo Clínico destes hospitais, registrado no Conselho Regional de Medicina, deve ter em sua constituição os profissionais

previstos na equipe citada no artigo 4º, aos quais caberá o diagnóstico e a indicação terapêutica.

**Parágrafo 2º** - As equipes devem ser previstas no regimento interno dos hospitais, inclusive contando com chefe, obedecendo os critérios regimentais para a ocupação do cargo.

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

**Parágrafo 4º** - Os hospitais deverão ter Comissão Ética constituída e funcionando dentro do previsto na legislação pertinente.

**Art. 7º** Deve ser praticado o consentimento livre e esclarecido.

**Art. 8º** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CFM nº 1.482/97.

Brasília-DF, 6 de novembro de 2002.

**EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE**

Presidente

**RUBENS DOS SANTOS SILVA**

Secretário Geral

## Anexo 8

### TRANSEXUALIDADE E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Nós, profissionais médicos urologistas, endocrinologistas e cirurgiões, psiquiatras, psicólogos e psicanalistas, profissionais das diversas áreas da saúde e do direito, professores de Medicina, Bioética, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Biologia e Direito, representantes de Conselhos e Comitês Nacional, Estaduais e Regionais, Coordenador Nacional de Saúde Mental do MS, representantes de movimentos sociais de transexuais do Brasil, usuários, estudantes de Psicologia, Medicina e demais áreas da saúde e estudantes de Direito, reunidos por ocasião da Primeira Jornada Nacional sobre “Transexualidade e Saúde: a assistência pública no Brasil”, promovida pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, realizada nos dias 9 e 10 de setembro de 2005 na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, para analisar e discutir a questão da Transexualidade em todos os seus aspectos e garantir um compromisso ético nacional, regional e local para aumentar a coordenação e intensificar as iniciativas locais e nacional para o tratamento e assistência da transexualidade, e profundamente preocupados com a qualidade de vida dos indivíduos transexuais e sua saúde mental e física e integridade, após termos discutido os seguintes temas:

- 1- Transexualidade e Saúde: aspectos históricos, políticos e sociais;
- 2- O atendimento psicológico e psiquiátrico: diagnóstico e tratamento;
- 3- A complexidade da terapia hormonal;
- 4 - Aspectos cirúrgicos da Transexualidade;
- 5- Efeitos éticos e jurídicos da transexualidade; seguidos de uma plenária final, resultando neste documento que RECOMENDA:

1º A imediata convocação do grupo de trabalho previsto na portaria 880 de 13 de maio de 2004 do Ministério da Saúde para a formulação de propostas de Política Nacional de Saúde para a população de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais;

2º O incentivo, a organização, a articulação e a sistematização de Serviços públicos de assistência integral a transexuais no âmbito da saúde e da justiça que atendam as demandas específicas deste segmento;

3º A realização de um levantamento de todos os Serviços de saúde, público e privados, que atendem esta clientela visando:

- A elaboração de um banco de dados nacional dos serviços existentes e sua demanda;
- O conhecimento dos protocolos de assistência que vêm sendo utilizados por estes serviços .
- O estabelecimento de diretrizes unificadas de assistência a esta população e de um protocolo único para a rede de serviços públicos de saúde.

4º A incorporação dos procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual na tabela do Sistema Único de Saúde em Centros de Referência de Assistência Interdisciplinar a pacientes transexuais no âmbito dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade do Ministério da Saúde;

5º Inclusão dos procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual na tabela do Sistema Único de Saúde, e dos medicamentos 17 Beta estradiol, para administração percutânea e transdérmica, de acetato de ciproterona e de cremes vaginais de estrogênio na relação de medicamentos excepcionais custeados pelo Sistema Único de Saúde em Centros de Referência de Assistência Interdisciplinar a pacientes transexuais no âmbito dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade do Ministério da Saúde.

6º Considerando o Novo Código Civil vigente (Lei n.º 10.406/2002) que alterou a maioridade civil para 18 anos, referendamos a resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1652/2002, e recomendamos sua alteração para considerar a maioridade civil atual de 18 (dezoito) anos, como idade mínima para o início do processo visando a cirurgia,

7º Incentivar pesquisas científicas sobre o transexualismo incluindo não só as questões cirúrgicas, mas também diagnósticas, etiológicas e epidemiológicas, com especial atenção para os casos de transexualismo feminino, ainda pouco abordado.

8º Considerando a proposta de ação governamental inserida no Programa Nacional de Direitos Humanos II - Decreto nº 4.229, de 13 de maio de 2002, de “promover campanha junto aos profissionais da saúde e do direito para o esclarecimento de conceitos científicos e éticos relacionados à comunidade GLTTB” – gays, lésbicas, transexuais, travestis e bissexuais (item 248), como garantia do direito à igualdade, recomendamos a ampliação desta ação para incluir também no

currículo de graduação nos cursos da área da Saúde, Educação e Direito, a temática da sexualidade humana e seus múltiplos aspectos;

9º - Considerando as dificuldades existentes de acesso à justiça e as divergências, ainda presentes na jurisprudência nacional, sobre a possibilidade legal de alteração do estado civil dos transexuais, e o compromisso de ação governamental firmado no Programa Nacional de Direitos Humanos II - Decreto n.º 4.229, de 13 de maio de 2002, item 115, de apoiar uma lei que estabeleça o direito a redesignação de sexo e mudança de registro civil para transexuais, recomendamos: a) que sejam estabelecidos convênios e/ou ações articuladas entre setor saúde e o sistema de justiça (defensoria pública, ministério público e magistratura) que facilitem, estimulem e promovam a alteração do nome e do sexo, no registro civil das pessoas submetidas ao tratamento, como parte integrante deste; b) que o poder executivo federal apresente projeto de lei que facilite e estabeleça um procedimento ágil e uniforme, no âmbito nacional, para a alteração do nome e do sexo junto ao registro civil, das pessoas transexuais submetidas ao tratamento, como parte integrante deste.

## **Anexo 9**

### **PORTARIA Nº 880/GM Em 13 de maio de 2004.**

#### **Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da Política Nacional de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - GLTB.**

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a necessidade de implementar política de atenção integral voltada à População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - GLTB e a articulação das ações de saúde já em andamento tendo como objeto este segmento populacional;

Considerando a necessidade da articulação de ações entre as áreas do Ministério da Saúde e as demais instâncias do Sistema Único de Saúde, no que se refere à saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - GLTB;

Considerando o caráter transversal das questões relacionadas à saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - GLTB e a necessidade de envolver e escutar diferentes atores sociais para o aprofundamento dos conhecimentos sobre o tema e delineamento de estratégias intra e intersetoriais de intervenção; e

Considerando a necessidade da criação de programas e atividades voltados à saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - GLTB, nos diversos níveis de governo, assim como, a reduzida sistematização de conhecimento teórico e operacional sobre o tema no país

#### **R E S O L V E:**

Art. 1º Constituir, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - GLTB, com as seguintes atribuições:

I - sistematizar proposta de política nacional da saúde da população de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - GLTB;

II - elaborar proposta de plano nacional de saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - GLTB que articule as ações e o trabalho das áreas voltadas a este segmento populacional, em consonância com o Plano Nacional de Saúde; e

III - incorporar subsídios técnicos-políticos provenientes do Comitê Consultivo de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - GLTB na formulação da política e do plano nacional de saúde da referida população.

Art. 2º O Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - GLTB será composto por representantes do Ministério da Saúde que serão indicados – um titular e um suplente – pelos dirigentes de cada uma das áreas discriminadas a seguir:

I - Secretaria Executiva - SE;

II - Secretaria de Atenção à Saúde - SAS;

III - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - SGTES;



- IV - Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS;
- V - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE;
- VI - Secretaria de Gestão Participativa - SGP;
- VII - Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS;
- VIII - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- IX - Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- X - Fundação Nacional de Saúde - FUNASA; e
- XI - Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.

§ 1º Poderão ser incorporados ao Comitê outros técnicos cujas especializações possam oferecer contribuições ao desenvolvimento do trabalho.

§ 2º A Coordenação do Comitê Técnico será realizada pelo representante da Secretaria-Executiva.

§ 3º Os membros do Comitê Técnico não receberão nenhuma gratificação para o seu exercício, sendo considerado trabalho de relevância pública.

§ 4º As despesas decorrentes do funcionamento do Comitê Técnico ficarão a cargo da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde.

Art. 3º Após a instituição do Comitê Técnico, no prazo de 90 (noventa) dias, deverá ser constituído o Comitê Consultivo da Política de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais - GLTB, composto pelos membros do Comitê Técnico e igual número de convidados externos, representantes de órgãos governamentais e organizações não governamentais.

Art. 4º Determinar à Secretaria-Executiva – SE/MS a adoção de medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 5º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**HUMBERTO COSTA**