

PERMANÊNCIAS E RUPTURAS DAS PRÁTICAS DE REGULAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE NO BRASIL

PERMANENCE AND RUPTURES IN THE ADAPTATION OF TRANSEXUALITY PRACTICES IN BRAZIL
PERMANENCIAS Y RUPTURAS DE LAS PRÁCTICAS DE REGULACIÓN DE LA TRANSEXUALIDAD EN BRASIL

Juliana Vieira Sampaio ¹

Como Citar:

Sampaio JU. *Permanências e Rupturas das Práticas de Regulação da Transexualidade No Brasil*. Sanare. 2023;22(2).

Descritores:

Transexualidade; Saúde; Sexualidade.

Descriptors:

Transsexuality, Health, Sexuality

Descriptores:

Transexualidad; Salud; Sexualidad.

Submetido:

30/05/2023

Aprovado:

27/09/2023

Autor(a) para Correspondência:

Juliana Vieira Sampaio
E-mail: julianavsampaio89@gmail.com

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é analisar as permanências e rupturas das práticas de regulação da transexualidade no Brasil. Utilizou-se como método a análise de documentos de domínios público a partir dos estudos de Peter Spink. Foram escolhidos como material de análise as regulações elaboradas pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Ministério da Saúde, pois são duas instituições que produzem efeitos de poder e de verdade na sociedade. A análise dos documentos indicou que o “Processo Transexualizador” oferecido pelo Sistema Único de Saúde é bastante influenciado pelas regulações do Conselho Federal de Medicina permanecendo com uma perspectiva diagnóstica e patológica da transexualidade. Com isso, o “Processo Transexualizador” não garante o direito à saúde às pessoas transexuais que não se encaixem no padrão diagnóstico estabelecido, bem como em circunstâncias que extrapolem as questões relacionadas a sexualidade. Concluímos que a relação entre o diagnóstico de disforia de gênero e os procedimentos envolvidos na redesignação sexual possibilitaram a institucionalização do atendimento às pessoas transexuais nos serviços de saúde, porém o seu acesso de modo integral e articulado em rede continua bastante precário, devido a produção de uma demanda restrita.

1. Doutora, Docente Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail para contato: julianavsampaio89@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5770-244X>

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the persistence and discontinuities of regulatory practices for transsexuality in Brazil. The method used was the analysis of publicly available documents based on the studies of Peter Spink. The regulations drawn up by the Federal Council of Medicine and the Ministry of Health were chosen as the material for analysis, as these are two institutions that generate power and truth effects in society. The analysis of the documents has shown that the “transsexualization process” offered by the Unified Health System is heavily influenced by the Federal Medical Council’s regulations and sticks to a diagnostic and pathological perspective of transsexuality. As a result, the “transsexualization process” does not guarantee the right to health for transgender people who do not meet the established standard of diagnosis, as well as for circumstances that go beyond issues of sexuality. We conclude that the link between the diagnosis of gender dysphoria and gender reassignment procedures has enabled the institutionalization of care for transgender people in health services, but that their access to comprehensive and connected care remains very precarious due to limited demand.

RESUMEN

El propósito de este estudio consiste en examinar las fluctuaciones y cambios de las medidas de regulación de la transexualidad en Brasil. Se utilizó como método el análisis de documentos de dominio público basado en los estudios de Peter Spink. Se escogieron como material de análisis los reglamentos elaborados por el Consejo Federal de Medicina y el Ministerio de Salud, por ser dos instituciones que producen efectos de poder y verdad en la sociedad. El análisis de los documentos ha constatado que el “Proceso Transexualizante” presentado por el Sistema Único de Salud se encuentra sumamente influenciado por las regulaciones del Consejo Federal de Medicina, dando lugar a una perspectiva diagnóstica y patológica de la transexualidad. En consecuencia, el “Proceso de Transexualización” no garantiza el derecho a la salud de las personas transgénero que no se ajustan al estándar diagnóstico establecido, así como en circunstancias que van más allá de lo relacionado con la sexualidad. En resumen, el diagnóstico de disforia de género y los procedimientos involucrados en la reasignación sexual permitieron que las personas transgénero estuvieran atendidas en los servicios de salud, pero no se pueden usar completamente y en red debido a la demanda limitada.

.....

INTRODUÇÃO

A transexualidade foi incluída como disforia de gênero no Código Internacional de Doenças (CID), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1980 e três anos depois passa a ser categorizada como doença mental pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). É importante ressaltar que o processo de patologização da transexualidade, nesse período, tinha como uma das suas propostas, fazer com que as cirurgias de “transgenitalização” deixassem o campo da ilegalidade em alguns países e, com isso, promover a assistência dos sujeitos transexuais pelos serviços de saúde, tanto público, como privado.

No início do século XX, a cirurgia de transgenitalização era considerada mutilação pela lei, foi a articulação entre psiquiatria, endocrinologia e genética que promoveu uma série de mudanças neste campo. Dessa forma, a descriminalização das intervenções cirúrgicas e farmacológicas foi acontecendo gradualmente pelo mundo, 1935 na Dinamarca; 1967 na Grã-Bretanha e 1969 na república

Federal Alemã. O custo do tratamento passa a ser coberto pela Seguridade Social neerlandesa em 1972, quando a Associação Psiquiátrica Americana (APA) recomenda o procedimento cirúrgico como tratamento para transexualidade¹.

No Brasil, um dos casos que ganhou destaque na mídia foi o do médico Roberto Farina e sua paciente, que foram presos, ainda na década de 1970, após o que foi considerada, a primeira cirurgia de transgenitalização do país. Farina foi acusado de crime de lesão corporal e falsidade ideológica, além de infringir o Código de Ética Médica, que proíbi a realização de ato médico ilegal. O Supremo Tribunal, na época, inocentou o médico utilizando os argumentos de que a cirurgia foi realizada a partir do diagnóstico de transexualismo, proposto pelo endocrinologista Harry Benjamin e que, com isso, promoveu a melhoria da saúde da paciente².

A descriminalização da cirurgia de “transgenitalização” e dos procedimentos afins relacionados à transexualidade no Brasil, foi resultado de um longo processo de debate na área da saúde e justiça. Tais embates eram relacionados

ao Código de Ética Médica e ao Código Penal, pois se colocava em questão a legitimidade penal e ética do procedimento de transgenitalização, já que era considerada “mutilação grave” e “ofensa à integridade corporal”. Ademais, o crime de atribuição de falsa identidade, conforme Artigo 307 do Código Penal, era utilizado como argumentação contra a “redesignação sexual” devido as suas implicações jurídicas.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) só passou a regulamentar e autorizar a cirurgia de transgenitalização em 1997, por meio da resolução nº. 1.482, e o Ministério da Saúde (MS) formalizou as diretrizes técnicas e éticas para a atenção ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) dez anos após as orientações do CFM, por meio da Portaria GM nº. 1.707, em 18 de agosto de 2008. Tais regulamentações tanto do CFM como do MS foram revogadas e outras formas colocadas em vigor no seu lugar. Desse modo, o objetivo deste estudo é analisar as permanências e rupturas das práticas de regulação da transexualidade no Brasil.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada a partir da análise dos documentos normativos tanto do Conselho Federal de Medicina, como do Ministério da Saúde sobre o processo transexualizador. Justificamos a escolha das regulações elaboradas pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Ministério da Saúde como material de análise, por serem duas instituições que produzem efeitos de poder e de verdade na nossa sociedade, como veremos com mais detalhes adiante.

Tendo em vista a importância do CFM na organização das práticas voltadas para a transexualidade, analisou-se as quatro Resoluções elaboradas pelo órgão que regulamenta e autoriza a cirurgia de transgenitalização: CFM nº 1.482/97; CFM nº 1.652/2002; CFM nº 1.955/2010, CFM nº 2.265/2019^{3,4,5,6}. Segundo o CFM as Resoluções são “atos normativos” elaborados tanto pelo Conselho Federal de Medicina, como também, por alguns Conselhos Regionais de Medicina, “que regulam temas de competência privativa dessas entidades em suas áreas de alcance”. As Resoluções são produtos “dos órgãos supervisores, normalizadores, disciplinadores, fiscalizadores e julgadores da atividade profissional médica em todo o território nacional.”. Tais documentos foram escolhidos por

serem um regulador de práticas por excelência. Dessa forma, este material aponta os procedimentos que devem ser realizados, bem como orientar as ações médicas.

No que se refere as produções documentais do Ministério da Saúde (MS), elegemos para análise a Portaria GM n. 1.707 de 18 de agosto 2008; Portaria nº 859 de 30 de julho de 2013; Portaria nº 1579 de 31 de julho de 2013; Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013. Esses documentos foram escolhidos, por tratarem diretamente das orientações do MS sobre Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS.

Utilizamos a análise de documentos de domínios público a partir dos estudos de Peter Spink⁷ para orientar o olhar sob tais materialidades, buscando questionar e visibilizar os conceitos considerados universais, além de como estes são produzidos e produtivos. Entende-se que não há pensamentos ou representações ocultas e secretas por trás dos documentos explorados, entretanto buscou-se mostrar jogos e regras a que estes obedecem, relações estabelecidas e os modos como foram formados. Interessam nesse tipo de análise as permanências, como também, os momentos de rupturas, os cortes, as falhas, a descontinuidade, as novidades e os desvios. Nesse sentido, não há “leituras a priori”, e sim historicidade na produção de conhecimento.

Inserimos o pesquisar em um espaço político no qual diferentes saberes-poderes estão em debate, assim, não buscamos a origem ou a intenção de determinado fenômeno, mas como aconteceu a emergência justamente daquela prática e não de outras em seu lugar. Interessa-nos analisar de que modo o uso de determinados discursos em um dado momento histórico possibilita a construção de práticas específicas, qual a relação entre discurso e poder, isto é, como se configura a ordem do discurso a partir dos saberes de uma determinada época e quais são os seus efeitos de poder.

A perspectiva teórico-metodológica utilizada para orientar o enfoque desta pesquisa se alinha aos estudos de Michel Foucault⁸, pois se compreende que os documentos de domínio público são uma ação humana, situada, produtora de determinados modos de viver, bem como, de formas de governar a vida. Dialogou-se também com os estudos feministas⁹ a fim de problematizar a heteronormatividade e o binarismo de sexo que perpassam os documentos analisados.

O SABER BIOMÉDICO E A GESTÃO DA TRANSEXUALIDADE

A emergência do fenômeno da transexualidade na segunda metade do século XX está intimamente relacionada com o saber biomédico, enquanto este regula tanto os diagnósticos de Transtorno de identidade de gênero pela via da psiquiatria, como também, o uso e desenvolvimento de tecnologias farmacológicas e cirúrgicas, particularmente pela endocrinologia, cirurgia plástica e urologia. Apesar de parecer notória a afinidade entre tecnologia médica e a cirurgia de redesignação sexual, esta não é ressaltada nos estudos sobre a transexualidade, que geralmente focam na incoerência entre o gênero e o sexo.

O saber biomédico não só permite o suporte tecnológico para as intervenções corporais feitas pelas pessoas transexuais, mas também, apoia através do seu discurso a construção de uma forma diferenciada de vivenciar a sexualidade. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) foi fundamental para a organização dos atendimentos em saúde voltado para pessoas transexuais. O CFM foi criado em 1951 para normatizar e fiscalizar a prática médica, inicialmente sua atuação era restrita à aplicação de sanções do Código de Ética Médica e registro dos profissionais da área. Porém, pode-se observar que sua atuação se amplia para além da regulação dos médicos, exercendo muitas vezes um papel político e orientador das práticas de saúde de modo geral, como também de outras classes profissionais, como será visto adiante.

Alegando o caráter terapêutico da cirurgia de transgenitalização, a Resolução CFM nº 1.482/97 de 10 de setembro de 1997 legitima no Brasil este tipo de intervenção cirúrgica e orienta os procedimentos de tratamento da transexualidade. As três primeiras resoluções, CFM nº 1.482/97; CFM nº 1.652/2002; CFM nº 1.955/2010 consideram que as pessoas trans são portadoras de “desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ou autoextermínio”. Nesse sentido, a inserção da vivência transsexual no campo dos transtornos psicológico é uma das condições primeiras para haver qualquer assistência terapêutica.

A Resolução CFM nº 2.265/2019 inova ao definir “transgênero ou incongruência de gênero a não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao

nascimento, incluindo-se neste grupo transexuais, travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero”. Tal mudança é resultado de uma mobilização mundial que defendeu o fim da patologização da transexualidade, esse movimento se fortaleceu em 2012, período de revisão do DSM, para a publicação da sua quinta versão, DSM V, em 2013. O resultado de tal mobilização foi a mudança do termo transtorno de identidade de gênero por disforia de gênero. Outra alteração provocada pelo movimento de despatologização foi na décima primeira edição do Código Internacional de Doenças (CID 11), em 2019, com a retirada da transexualidade da categoria de transtornos mentais e sua inserção nas condições relacionadas à saúde sexual, sendo nomeada como “incongruência de gênero”.

A ressalva do caráter não mutilador e sim terapêutico da cirurgia de redesignação sexual é algo que permanecia nas primeiras Resoluções do CFM, pois, esta intervenção “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”. Percebe-se que até 2019 o CFM compreendia a cirurgia como um modo de atingir a coerência entre sexo e gênero, assim, a tecnologia médica poderia intervir onde a “natureza” falhou. A experiência trans provoca uma quebra do regime heteronormativo, na medida que a coerência linear esperada entre sexo, gênero e desejo é subvertida¹⁰. Ao romper com a suposta lógica de que o gênero corresponde naturalmente ao sexo, isto é, que o feminino faz par com vagina e o masculino com pênis, ocorre um deslocamento no sistema total da heterossexualidade.

Dessa forma, para que se recupere a coerência, supostamente perdida, as primeiras Resoluções do CFM defendem que “a transformação da genitália constitui a etapa mais importante no tratamento de transexualismo”. A centralidade da cirurgia de transgenitalização nos casos de transexualidade é orientada pelos estudos de Harry Benjamin, endocrinologista advindo da Alemanha, que estabeleceu a diferença básica entre travestis e transexuais a partir do desejo ou não de realizar a cirurgia de redesignação sexual. Nesse sentido, os “transexuais verdadeiros” não se sentem confortáveis com os seus órgãos reprodutivos, já que seriam mulheres e homens em um “corpo errado”. Essa característica de busca pela cirurgia, formulada por Harry Benjamin, orientou, até 2019, o processo

de regulação da transexualidade nos atuais códigos médicos e consequentemente nas Resoluções do CFM, como podemos perceber no artigo a seguir:

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^{3,4,11}.

A construção de um transexual ideal e universal pelo saber médico pautado em um sujeito com aversão às suas genitálias, que afirma ser um homem ou mulher no corpo errado, sem interesses sexuais, com tendências suicidas e de automutilação, e que por fim, para ser curado de tal transtorno deseja a cirurgia de transgenitalização a qualquer custo impõe um único padrão de vida para as pessoas transexuais que necessitam da assistência na área da saúde.

Podemos perceber que a forma de compreensão da transexualidade como doença mental e a centralidade da cirurgia foram características que permaneceram até 2019. Analisando o que motivou a revogação das Resoluções de 1997 e 2002, constatamos que a principal alteração entre uma Resolução e outra é justamente o avanço tecnológico na prática médica, no qual alguns procedimentos cirúrgicos que eram considerados experimentais, se tornam amplamente acessíveis, como podemos observar nos trechos abaixo:

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 (destaque nosso).

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 . (destaque nosso).

As citações acima são a motivação central para substituição de uma Resolução por outra. Enquanto na primeira Resolução de 1997 todos os procedimentos são de caráter experimental e consequentemente devem ocorrer em hospitais universitários que desenvolvam pesquisa na área, na Resolução de 2002 e 2019 já se observa que tal restrição só é especificada para os casos de neofaloplastia. Observamos, dessa forma, que a visibilidade e o acesso ao serviço médico para os homens trans tem sido mais difícil, pois mesmo que a mastectomia e histerectomia já fossem procedimentos amplamente acessíveis para a população de modo geral, apenas em 2010 ela deixa ter o caráter experimental para os homens trans. O próprio Conselho Federal de Medicina, no documento em anexo da Resolução CFM nº 1.955/2010, questiona as motivações envolvidas na elaboração da Resolução CFM nº 1.652/2002 que restringe a assistência dos homens trans:

Entendemos que a neofaloplastia, tem resultados estéticos e funcionais ainda questionáveis, e que seja mantida como experimental. Entretanto, as intervenções sobre gônadas e caracteres sexuais secundários, usuais na prática cirúrgica, são autorizadas desde que o paciente cumpra as exigências de definição e seleção exigidas. Se em respeito à autonomia e à autodeterminação reconhecemos o direito de o paciente negar-se a ser submetido a qualquer tipo de tratamento e reconhecemos também o direito de as pessoas serem submetidas a todas as formas cabíveis de mudança corporal (próteses, lipoescultura, remodelações, etc.), por que razão não se dá esse direito ao transexual?⁵.

O recorte acima discute não só o acesso a mudanças corporais, mas fala também em autonomia e autodeterminação como direitos dos pacientes, porém, o que se observa em outros trechos das Resoluções é justamente a defesa pelo controle do especialista da saúde sobre o paciente, que deve se enquadrar em uma série de pressupostos para ter qualquer tipo de atendimento.

O Ministério Público na Apelação Cível nº 2001.71.00.026279-9/RS ao defender o acesso das

peças transexuais ao Sistema Único de Saúde, apresenta como argumento central o direito fundamental de liberdade, que concebe o indivíduo como sujeito de direito ao invés de objeto de regulação alheia, além de entender a sexualidade como aspecto da vida individual livre da interferência de terceiros. O documento aponta que:

(...) a proteção à dignidade humana requer a consideração do ser humano como um fim em si mesmo, ao invés de meio para a realização de fins e de valores que lhe são externos e impostos por terceiros; são inconstitucionais, portanto, visões de mundo heterônomas, que imponham aos transexuais limites e restrições indevidas, com repercussão no acesso a procedimentos médicos¹³.

A noção de liberdade é incompatível com a noção que pessoas transexuais seriam incapazes de decidir sobre o próprio corpo, dependendo da tutela de profissionais da saúde para saber o que é melhor para si. Entretanto, a regulação do saber biomédico sobre o corpo e as condutas das pessoas trans não impede que as Resoluções desde 1997 orientem a existência do comitê de ética nos serviços de saúde, além da assinatura do Consentimento livre e esclarecido, pelos pacientes. As pessoas transexuais não têm autonomia para decidir sobre a cirurgia, mas podem arcar com toda a responsabilidade sobre os efeitos dos procedimentos biomédicos.

O CFM determina que os sujeitos capazes de autorizar ou não a cirurgia são os integrantes da equipe multidisciplinar, que seleciona os eleitos, após dois anos de acompanhamento, nas primeiras resoluções e 1 (um) ano na resolução de 2019. Existe uma série de condições para o paciente realizar a cirurgia de transgenitalização, o risco é que a autorização seja baseada em supostos níveis de feminilidade e masculinidade, atrelados a padrões de gênero como gostar de rosa ou azul, brincar de boneca ou carrinho, etc. Tais proposições possuem efeitos discursivos que se vinculam às normas e julgam “ao final de um processo se uma pessoa é um ‘transexual de verdade’”¹⁴.

A busca da racionalidade médica em distinguir a disforia de gênero dos demais “transtornos sexuais”, e produzir o “transexual verdadeiro”, evidencia a heteronormatividade do discurso médico. O uso das tecnologias biomédicas para moldar o corpo trans reitera as normas de gênero através da padronização

da masculinidade e feminilidade, além da exclusão da homossexualidade. “O fenômeno da transexualidade revela a influência material da tecnologia médica no modelo que permite conceber um sistema de coerência e incoerência entre sexo e gênero”.

As Resoluções do Conselho Federal de Medicina dispõem sobre como a equipe multidisciplinar deve atuar, apesar de tal órgão só estar autorizado a orientar os profissionais da área médica, definindo o período mínimo de acompanhamento e a necessidade do diagnóstico para tratamentos hormonais e cirúrgicos. Não podemos ser ingênuos ao ponto de acreditar que as teorias médicas são aos produtores de determinada ordem social, mas também não podemos negar a sua importância no jogo de forças que naturaliza a sexualidade e instituir determinados modos de viver.

As pessoas trans ao demandarem a tecnologia médica tiveram agência neste movimento, na medida, em que estes sujeitos necessitam dos atendimentos na área da saúde para alcançar o seu objetivo de modificação corporal, eles reproduzem o discurso médico sobre a transexualidade para justificar tais necessidades.

Transexuais não teriam sido apenas vítimas de um sistema normativo de patologização do gênero, e sim, teriam influenciado diretamente na construção da categoria diagnóstica que culminou na codificação do transexualismo como transtorno de identidade de gênero em 1980. Assim, através da demanda de mudança de sexo, nos anos 1950- 1960, transexuais teriam estrategicamente se distinguido de travestis e homossexuais e se engajado ativamente na produção de si como sujeitos¹⁵.

Apesar desde o final do século XIX, já se houvesse relatos sobre a transexualidade, apenas quando foi ampliada a possibilidade de intervenção médica sobre esses casos, foi viabilizado concomitantemente a construção de um espaço de assistência e terapia, principalmente no campo da saúde pública, nos mais diversos países. A influência do saber biomédico é bastante presente na história do fenômeno transexual, desde a elaboração do diagnóstico ao processo terapêutico.

Entretanto, colocamos em questão a centralidade da cirurgia e da patologização, na assistência a esses sujeitos, que termina por reproduzir um sistema

normativo de sexo e gênero que não corresponde com os diferentes modos de viver a transexualidade. A transexualidade não possui características estáveis e universais, pois as formas de vivenciá-la são produzidas a partir dos laços feitos e desfeitos, seja com o saber médico, com as tecnologias cirúrgicas, com o diagnóstico, as normas de sexo e gênero, etc.

Com isso, a transexualidade é padronizada e há instituição de um modelo, também se restringe os modos de assistência em saúde às pessoas transexuais, não havendo, assim, a compreensão destes sujeitos de forma integral e de uma compreensão da saúde como integral.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E “PROCESSO TRANSEXUALIZADOR”

No Brasil, a cirurgia de transgenitalização se tornou acessível pelo Sistema Único de Saúde em 2008, por meio da Portaria GM nº. 1.707, de 18 de agosto de 2008, que formalizou as diretrizes técnicas e éticas para a atenção ao Processo Transexualizador no SUS. Depois da primeira Portaria de 2008, foram construídas outras duas diretrizes em 2013, a Portaria nº 859, de 30 de julho de 2013, que foi suspensa um dia após a sua publicação e a Portaria nº 2.801, de 19 de novembro de 2013, atualmente em vigor.

As Portarias tanto de 2008, como as de 2013 citam respectivamente como primeira e principal referência para sua elaboração as condições estabelecidas pelas Resoluções de 2002 e 2010 do Conselho Federal de Medicina. Com isso, a categoria médica ao iniciar o processo de orientação sobre o atendimento dos casos de transexualidade passa a nortear os demais documentos da área da saúde que tratam sobre o tema.

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador a ser empreendido em serviços de referência devidamente habilitados à atenção integral à saúde aos indivíduos que dele necessitem, observadas as condições estabelecidas na Resolução nº 1.652, de 6 de novembro de 2002, expedida pelo Conselho Federal de Medicina¹⁶.

As mudanças nas Portarias do SUS foram fortemente influenciadas pelas alterações propostas pelo Conselho Federal de Medicina. Observaremos

mais adiante que uma das principais novidades da Portaria de 2013 é justamente o SUS passar a cobrir as cirurgias de alteração das ditas características sexuais secundárias dos homens trans, como ressaltamos anteriormente nas propostas da Resolução do CFM nº 1.955/2010.

Tal preponderância do saber biomédico também pode ser observada na suspensão da Portaria nº 859, de 30 de julho, um dia após a sua publicação, pela Portaria nº 1.579, de 31 de julho de 2013:

Considerando o Parecer nº 8/2013 do Conselho Federal de Medicina que dispõe sobre a terapia hormonal para adolescentes, travestis e transexuais, resolve: Art. 1º Ficam suspensos os efeitos da Portaria nº 859/SAS/MS de 30 de julho de 2013, até que seja definido os protocolos clínicos e de atendimento no âmbito do Processo Transexualizador¹⁷.

Segundo o Ministério da Saúde, era necessário avaliar melhor os critérios que justificavam o atendimento de adolescentes travestis e transexuais no Processo Transexualizador. A diminuição da idade mínima para iniciar qualquer atendimento do Processo Transexualizador era uma das principais mudanças propostas pela Portaria suspensa nº 859, de 30 de julho de 2013. O atendimento clínico e a hormonioterapia teriam sua idade mínima reduzida para 16 anos, enquanto a cirurgia de redesignação sexual, poderia ser realizada a partir dos 18 anos, isto é, dois anos a menos que na diretriz anterior e na atual. A Portaria vigente, nº 2.801, de 19 de novembro de 2013, afirma que:

§ 2º Em relação ao cuidado dos usuários e usuárias no Processo Transexualizador:

I - a hormonioterapia que trata esta Portaria será iniciada a partir dos 18 (dezoito) anos de idade do paciente no Processo Transexualizador; e

II - os procedimentos cirúrgicos de que trata esta Portaria serão iniciados a partir de 21 (vinte e um) anos de idade do paciente no Processo Transexualizador, desde que tenha indicação específica e acompanhamento prévio de 2 (dois) anos pela equipe multiprofissional que acompanha o usuário(a) no Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador¹⁸.

A justificativa para estabelecer tais idades como o início dos procedimentos do Processo Transexualizador não é esclarecida em nenhum momento das Portarias. Tendo em vista que uma pessoa transexual tenha iniciado o seu acompanhamento aos 18 anos, após dois anos de acompanhamento com a equipe multiprofissional, ela estaria habilitada para realizar os processos cirúrgicos, como prótese de silicone aos 20 anos e não aos 21 como especificado na Portaria.

A retirada dos adolescentes dos possíveis beneficiados do Processo Transexualizador é defendida pelo Ministério da Saúde a partir do pressuposto de que seria um problema a “obtenção da autorização dos pais e responsáveis, no caso de faixa etária específica, e de acompanhamento multidisciplinar ao paciente e aos seus familiares”. Por outro lado, o Parecer nº 8/2013 do CFM, utilizada como referência para suspender o tratamento de adolescentes travestis e transexuais, se posiciona conclusivamente da seguinte forma sobre o uso de hormônios:

Essa assistência deve ocorrer o mais precocemente possível, iniciando com intervenção hormonal quando dos primeiros sinais puberais, promovendo o bloqueio da puberdade do gênero de nascimento (não desejado); aos 16 anos, persistindo o transtorno de identidade de gênero, gradativamente deverá ser induzida a puberdade do gênero oposto. Para os jovens, a administração de 17 β estradiol oral (hormônio feminino) e para as jovens, a de testosterona intramuscular (hormônio masculino), conforme os protocolos detalhados no corpo deste parecer¹⁷.

Apesar de não ter diminuído a idade de início do acompanhamento no Processo Transexualizador, a Portaria nº 2.801, de 19 de novembro de 2013 ampliou o perfil dos usuários que podem ser atendidos, dando maior visibilidade aos homens trans e travestis. Enquanto a primeira Portaria de 2008 justificava a sua existência pela “necessidade de estabelecer critérios de indicação para a realização dos procedimentos previstos no Processo Transexualizador, de transformação do fenótipo masculino para feminino”, a Portaria de 2013 considera como fundamental “a necessidade

de aprimorar a linha de cuidado no Processo Transexualizador, em especial para pacientes que desejam a readaptação para o fenótipo masculino, pelo SUS”. Mesmo que seja dada uma atenção especial aos homens transexuais, a cirurgia de redesignação sexual e outros procedimentos para este público continuam com caráter experimental:

O SUS realizará, em caráter experimental, os procedimentos de vaginectomia e neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, clitoroplastia e cirurgia de cordas vocais em pacientes em readaptação para o fenótipo masculino, nos termos da Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652 de 2002¹⁷.

Travestis, também são contempladas na Portaria de 2013 “compreende-se como usuário(a) com demanda para o Processo Transexualizador os transexuais e travestis.” Porém, a entrada de travestis nesse Processo fica ambígua ao longo do texto da Portaria, pois todos os procedimentos estão condicionados aos critérios diagnósticos do CID. Apesar da tentativa de ampliar o quadro de usuários que podem usufruir do Processo Transexualizador, a obrigatoriedade do diagnóstico impede que esta proposta seja executada. Além disso, observamos que qualquer procedimento cirúrgico, como retirada do pêlo de Adão ou implante de silicone, são restritos aos sujeitos diagnosticados como transexuais. Mesmo que o uso de silicone industrial seja apontado como um problema pelo Ministério da Saúde, que indica a necessidade de “definir e implementar estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis pelo uso de silicone industrial”, este público continua sem assistência na saúde, devido à necessidade do diagnóstico.

As portarias do Ministério da Saúde continuam indicando que o desejo pela cirurgia de redesignação sexual é o principal demarcador para a classificação dos sujeitos como “transexuais verdadeiros” ou não. Nesse sentido, a maioria dos procedimentos terapêuticos continuam, até hoje, condicionados ao diagnóstico, os sujeitos que não desejam realizar a cirurgia de redesignação sexual, e/ou que resistem ao diagnóstico psicopatológico, são excluídos dos

serviços de saúde.

Além disso, o “Processo Transexualizador” é compreendido, pelas atuais regulações, como uma série de procedimentos que funcionam de modo encadeado e inseparável, seguindo a determinado padrão: 1º) dois anos de atendimento clínico; 2º) diagnóstico de transexualismo; 3º) terapia hormonal 4º) e último, cirurgia de transgenitalização. Enquanto o sujeito não concluir a última etapa do “Processo Transexualizador”, ele é considerado incompleto. No caso do uso de hormônios, por exemplo, existem diretrizes diferentes para a hormonioterapia de transexuais verdadeiros, que orientam a administração de drogas que impeçam a produção de testosterona e consequentemente a ereção, isto é, funcionaria como um teste prévio para saber se o sujeito está ou não habilitado para a cirurgia de transgenitalização.

Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador: Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador (ciproterona)¹⁷.

Existe também o tratamento hormonal para aqueles que não foram autorizados a realizar a cirurgia, mas que já possuem diagnóstico:

Tratamento hormonal no Processo Transexualizador: Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transexualizador (estrógeno ou testosterona)¹⁷.

A obrigatoriedade do diagnóstico e a centralidade da cirurgia de redesignação sexual era mais evidente na Portaria de 2008:

Art. 8º - Criar o procedimento específico para tratamento hormonal pré-operatório à cirurgia sequencial de transgenitalização.

Informações indispensáveis e mínimas do Prontuário:

- a. Identificação do paciente;*
- b. Histórico clínico;*
- c. Avaliação que consiste em: anamnese,*

aferição dos critérios mínimos de definição de transexualismo, conforme estabelecido na Resolução CFM nº 1.652/2002, hipótese diagnóstica e apropriada conduta propedêutica e terapêutica; avaliação psicológica e psiquiátrica;

d. Indicação dos procedimentos terapêutico clínico e cirúrgico;

e. Descrição dos procedimentos terapêutico clínico e cirúrgico, em ficha específica contendo:

- identificação da equipe;*
- descrição cirúrgica, incluindo os materiais usados e seus respectivos registros nacionais, para controle;*

f. Descrição da evolução;

g. Sumário da alta hospitalar;

h. Ficha de registro de infecção hospitalar (CCIH);

i. Acompanhamento e evolução ambulatorial¹⁷.

Enquanto que a Portaria de 2013 apresenta como diretriz a perspectiva de saúde integral:

Art. 2º São diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do Processo Transexualizador no SUS:

I - integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas;

II - trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional;

III - integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção¹⁷.

Embora a cirurgia de transgenitalização não seja apontada como central na Portaria de 2013 é ela quem orienta a tabela de serviços e o sequenciamento dos atendimentos, como vimos anteriormente. Destaque também para o atendimento humanizado

que irá evidenciar o imperativo de ponderar sobre a transexualidade fora das questões pré e pós-operatórias.

Art. 4º A integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Básica será garantida pelo:

I - acolhimento com humanização e respeito ao uso do nome social; e

II - encaminhamento regulado ao Serviço de Atenção Especializado no Processo Transexualizador¹⁷.

É evidenciado que o problema da transexualidade é mais complexo, pois tangencia a patologização e estigmatização da população trans, apesar da cirurgia de transgenitalização ser usualmente apontada como demanda central. A inserção da Atenção Básica como porta de entrada também para o Processo Transexualizador, demonstra a tentativa de se desvincular da cirurgia e buscar a construção de um atendimento mais integral na área da saúde trans.

A Portaria de 2013 cria duas modalidades de cuidado ao usuário, a modalidade ambulatorial que propõe realizar o atendimento clínico e hormônio terapia, enquanto a modalidade hospitalar, a única prevista anteriormente, é destinada às cirurgias e aos acompanhamentos pré e pós operatórios. A construção de duas modalidades de atendimento também influencia na instituição da equipe multiprofissional. Enquanto na Portaria de 2008 a equipe mínima era composta por um médico cirurgião, anestesiológista, endocrinologista, psiquiatra enfermeiros, psicólogo e assistente social, na Portaria atual os únicos profissionais que são permanentes nas equipes de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, independente da modalidade de serviço, são os psicólogos e assistentes sociais, na medida em que as especialidades médicas variam conforme a necessidade do nível de atenção em saúde.

A construção de duas modalidades de atendimento, um ambulatorial e outro cirúrgico permite que os sujeitos trans tenham acesso a uma diversidade maior de serviços independente das cirurgias, porém, quando se observa a tabela na qual são organizados os serviços oferecidos há uma lista imensa de intervenções cirúrgicas. Até a Portaria de 2008 só estavam previstos três procedimentos:

administração hormonal, cirurgia de redesignação sexual do sexo masculino para o feminino e retirada do pomo de Adão e feminilização da voz. A Portaria de 2013 prevê: atendimentos clínicos de duas modalidades, com e sem indicação de cirurgia; terapia hormonal, de duas modalidades, com e sem indicação de cirurgia; redesignação sexual no sexo masculino, construção da neovagina; tireoplastia, retirada do pomo de Adão e feminilização da voz; mastectomia bilateral; histerectomia com anexectomia bilateral e colpectomia, retirada do útero, ovário e vagina; cirurgias complementares de redesignação sexual, reconstrução da uretra e do ânus; plástica mamária com implante de silicone.

O crescimento da demanda por novos procedimentos cirúrgicos por meio da Portaria de 2013 não foi acompanhado pelo aumento de hospitais habilitados a realizar o processo transexualizador pelo Ministério da Saúde. São somente cinco hospitais autorizados para realizar tais procedimentos, desde 2008 o número permanece o mesmo: Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre/RS; Hospital Universitário Pedro Ernesto – Rio de Janeiro/RJ; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo/SP; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia/GO; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – Recife/PE. Todos os hospitais citados são vinculados às universidades, mesmo que apenas a cirurgia de neofaloplastia ainda seja considerada experimental e por isso só pode ser realizada em hospitais de ensino. A descrição dos procedimentos relacionados aos homens trans também chamam atenção na Portaria atual devido à flexão de gênero ou falta de flexão consoante a identidade de gênero do usuário, como, por exemplo, nos trechos: “Mastectomia simples bilateral em *usuária* sob Processo Transexualizador” e “Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em *usuárias* sob Processo Transexualizador”. As duas intervenções citadas são voltadas para os homens trans, eles são nomeados nos documentos como usuária(s), no gênero feminino. Mesmo citando a importância do uso do nome social como processo humanizador no atendimento de pessoas trans, a flexão de gênero apropriada não foi notada durante a produção do documento.

O respeito ao gênero com o qual o sujeito se identifica é uma das orientações básicas para a construção de um cuidado mais acolhedor e menos estigmatizante para esta população. O Processo

Transexualizador não é consenso entre as pessoas trans, por existirem realidades distintas, como também necessidades diferentes em relação às intervenções somáticas que seriam satisfatórias para cada sujeito. Porém, o preconceito, a discriminação e a conotação patologizante que é vivenciado cotidianamente por esta população têm sido apresentados como central na luta por direitos, demandando iniciativas que possibilitem a humanização do atendimento, com respeito à identidade de gênero e a viabilização e qualificação do acesso dessas pessoas ao sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

DIREITO À SAÚDE E AUTONOMIA

Existiam e permanecem existindo diferentes redes de ordenamentos “sociotécnicos” constituídos por materialidades e socialidades utilizados para constituir relações de poder, classificar, planejar políticas públicas que resultam em protocolos empregados para estabelecer como as pessoas que estão em desacordo com o sexo designado no nascimento devem viver. A despeito do saber médico determinar uma clara distinção entre travestis e transexuais, as pessoas transitam entre os padrões de gênero de modo fluido, apesar da exigência em diagnosticar como condição de acesso à saúde.

Podemos perceber nos tópicos anteriores que o “Processo Transexualizador” é formado por um conjunto de estratégias de atenção à saúde que estão restritas aos processos de transformação dos “caracteres sexuais” dos indivíduos nomeados como transexuais. Nesse sentido, tal processo não busca estabelecer diretrizes para a atenção integral das pessoas trans, não garantindo, o direito à saúde em circunstâncias que extrapolem as questões relacionadas à sexualidade. A relação entre o diagnóstico e os procedimentos envolvidos na redesignação sexual possibilitaram a institucionalização do atendimento às pessoas trans nos serviços de saúde, porém o seu acesso de modo integral e articulado em rede continua bastante precário, devido a produção de uma demanda restrita.

Dessa forma, os sujeitos que não desejam realizar a cirurgia de “redesignação sexual” e resistem ao diagnóstico, são excluídos dos serviços de saúde. Tais controvérsias têm provocado intensas discussões acerca da proposição de políticas públicas, e construção das Portarias do Ministério

da Saúde. Pode-se perceber que a mobilização dos movimentos sociais pela despatologização da vivência trans possibilitou mudanças no DSM V, no CID 11 e na Resolução CFM nº 2.265/2019. O dever trans dependem dos sujeitos políticos implicados, e as possibilidades de subjetivação se fazem de acordo com uma rede múltipla e heterogênea.

CONTRIBUIÇÃO DA AUTORA

Juliana Vieira Sampaio contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa a redação do manuscrito e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.482/97: Cirurgia de transgenitalismo, 1997.
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.652/02: Cirurgia de transgenitalismo, 2002.
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.955/10: Cirurgia de transgenitalismo, 2010
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.482/97: Cirurgia de transgenitalismo, 1997
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.652/02: Cirurgia de transgenitalismo, 2002.
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.955/10: Cirurgia de transgenitalismo, 2010.
7. Ministério Público. Ação Civil Pública nº 2001.71.00.026279-9/RS. 2001.
8. Bento B, Pelúcio L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-581, maio/agosto, 2012. p.573. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>
9. Aran M, Murta D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. Physis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009. p.28. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100003>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.707, 18 de agosto 2008. Processo Transexualizador. 2008.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1579, 31 de julho de 2013. Brasília, DF, 2013a.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 859, 30 de julho de 2013. Processo transexualizador. Brasília, DF, 2013b.

13. Conselho Federal de Medicina. PROCESSO-CONSULTA CFM nº 32/12 – PARECER CFM nº 8/13. 2013.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 859, 30 de julho de 2013. Processo transexualizador. Brasília, DF, 2013b.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 859, 30 de julho de 2013. Processo transexualizador. Brasília, DF, 2013b.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 859, 30 de julho de 2013. Processo transexualizador. Brasília, DF, 2013b.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.707, 18 de agosto 2008. Processo Transexualizador. 2008.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 859, 30 de julho de 2013. Processo transexualizador. Brasília, DF, 2013b.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 859, 30 de julho de 2013. Processo transexualizador. Brasília, DF, 2013b

