

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

BRUNA DANIELLE MADEIRA ARAUJO

**UMA REFLEXÃO SOBRE O ACESSO DE PESSOAS TRANS À SAÚDE PÚBLICA
NO BRASIL: ALGUMAS INDAGAÇÕES A PARTIR DA PSICOLOGIA**

**SÃO PAULO
2023**

BRUNA DANIELLE MADEIRA ARAUJO

**UMA REFLEXÃO SOBRE O ACESSO DE PESSOAS TRANS À SAÚDE PÚBLICA
NO BRASIL: ALGUMAS INDAGAÇÕES A PARTIR DA PSICOLOGIA**
Versão corrigida

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Assumpção
Fernandes

SÃO PAULO
2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Araujo, Bruna Danielle Madeira

Uma reflexão sobre o acesso de pessoas trans à Saúde Pública no Brasil:
Algumas indagações a partir da Psicologia / Bruna Danielle Madeira Araujo;
orientadora Maria Inês Assumpção Fernandes. -- São Paulo, 2023.

98 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) --
Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

1. Transexualidade. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Gênero. I. Fernandes, Maria
Inês Assumpção, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

ARAUJO, Bruna Danielle Madeira

Uma reflexão sobre o acesso de pessoas trans à Saúde Pública no Brasil: Algumas indagações a partir da Psicologia

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.
Área: Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Para todas as pessoas trans que seguem lutando pelas suas
vidas e seus corpos

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, Warney Paulo Nery Araújo, que sempre acreditou no potencial da educação e no papel do estudo na vida de qualquer pessoa, em especial, na minha. Obrigada por fornecer toda a estrutura possível para que eu pudesse me dedicar a esta pesquisa, pois com certeza sem isso ela não existiria.

Ao meu marido Gustavo Ferreira Pegoraro por todo o amor, carinho, parceria e paciência. Acima de tudo, obrigada por acreditar em mim e me dar suporte nos momentos mais difíceis dessa trajetória.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Inês Assumpção Fernandes, pelas correções e orientações, bem como pela flexibilidade ao lidar com esta pesquisa.

Aos colegas do grupo de estudos LAPSO, pelas trocas no laboratório.

Ao Instituto de Psicologia Social da USP, pela excelente estrutura acadêmica.

Às entrevistadas, bem como ao Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais (ASITT), por terem aberto suas portas para a realização desta pesquisa.

À Maíra Rosin, por todas as trocas e contribuições fundamentais para a realização desta pesquisa.

À minha mãe, por acreditar em mim e no meu potencial desde antes de eu sequer pensar em ser psicóloga.

À minha melhor amiga, Ana Clara de Britto Guimarães, por ter lido cada escrito meu no mestrado e sempre ter me apoiado, seja me escutando, contribuindo com ideias ou sendo uma ótima companhia nos momentos de descanso.

À minha querida Adriana Parada por validar minha trajetória acadêmica e profissional, além de me auxiliar toda vez que precisei.

Aos meus irmãos Juliana, Daniel, David e Rafael por serem uma fonte inesgotável de felicidade na minha vida.

Ao Filipe Gonzaga Lacerda por mais de uma década de amizade e pelo contínuo apoio.

À Aline Couto, pelo auxílio, suporte e paciência. Agradeço por contribuir para minha evolução como pesquisadora e pessoa.

A todos os amigos, familiares, colegas e ex-professores que contribuíram diretamente ou indiretamente para esta pesquisa, mas os quais não é possível citar pelo nome: Obrigada!

*“Não sei quantas almas tenho.
Cada momento mudei.
Continuamente me estranho.
Nunca me vi nem acabei”*

Fernando Pessoa

ARAÚJO, Bruna Danielle Madeira. **Uma reflexão sobre o acesso de pessoas trans à Saúde Pública no Brasil:** Algumas indagações a partir da Psicologia. Dissertação de Mestrado, Psicologia Social, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, 2023.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo propor uma reflexão sobre o acesso de pessoas trans à saúde pública, problematizando a necessidade do diagnóstico para o acesso aos serviços públicos de saúde. Busca-se a visão dos profissionais de psicologia sobre a despatologização. Para tanto, discute-se o surgimento da categoria de Gênero e a problemática que revela, na atualidade, seu potencial como analisador no processo de transformação social e sua instabilidade conceitual. A partir destas considerações, discute-se as *identidades trans*. Apresenta-se, historicamente, como essas identidades têm sido compreendidas na literatura de saúde; como a vulnerabilidade a elas associadas se expressa no adoecimento; e, como a psicologia tem operado nesse campo. Coloca-se em debate o Sistema Único de Saúde e os serviços que nele existem voltados para essa população. O referencial teórico no qual esta pesquisa se ancora é o da psicologia social de Pichon-Rivière e suas noções de grupo operativo e vínculo; e a análise do material leva em conta os quatro âmbitos envolvidos no trabalho de análise de uma situação clínico-institucional político-jurídico, sociocultural, teórico-conceitual e técnico-assistencial. O método decorrente do referencial teórico terá como procedimento entrevistas abertas, tal como explicita Bleger.

Palavras-chave: Grupos sociais – Gênero; Transexuais; Transgêneros; Políticas Públicas.

ARAÚJO, Bruna Danielle Madeira. A reflection on the access of transgender people to public healthcare in Brazil: Some questions from Psychology. Master's Dissertation, Social Psychology, Institute of Psychology of the University of São Paulo. São Paulo, São Paulo, 2023.

ABSTRACT

This study aims to propose a reflection on the access of transgender people to public health, questioning the need for diagnosis to access public health services. The view of psychology professionals on depathologization is sought. To this end, we discuss the emergence of the category of Gender and the problem that currently reveals its potential as an analyzer in the process of social transformation and its conceptual instability. Based on these considerations, trans identities are discussed. It presents, historically, how these identities have been understood in the health literature; how the vulnerability associated with them is expressed in the illness; and, how psychology has operated in this field. The Unified Healthcare System and the services it has for this population are up for debate. The theoretical framework on which this research is anchored is Pichon-Rivière's social psychology and his notions of operative group and bond; and the analysis of the material considers the four areas involved in the analysis of a clinical-institutional political-legal, sociocultural, theoretical-conceptual, and technical-assistance situation. The method resulting from the theoretical framework will have open interviews as a procedure, as explained by Bleger.

Keywords: Social groups - Gender. Transgender Transsexuals. Public policy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1: GÊNERO E TRANSEXUALIDADE	13
1.1 Surgimento da Categoria Gênero	13
1.1.1 Problemática de Gênero na Contemporaneidade	16
1.1.2 Transexualidade e Transgeneridade	23
CAPÍTULO 2: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO SUS	29
2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)	29
2.1.1 Patologização e acesso à saúde pública pelas pessoas transexuais no Brasil .	33
2.1.2 Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais	41
CAPÍTULO 3: REFERENCIAL TEÓRICO	47
3.1 A psicologia social de Pichon-Rivière	47
3.2 Os quatro âmbitos envolvidos no trabalho com políticas públicas	51
CAPÍTULO 4: MATERIAL E MÉTODOS	54
ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
BIBLIOGRAFIA	72
APÊNDICE	77

INTRODUÇÃO

Durante minha graduação em psicologia, tive a oportunidade de integrar o laboratório de Gênero e Sexualidade na Pontifícia Universidade Católica de Goiás, onde me deparei com autoras feministas que não só questionavam as relações de poder entre homens e mulheres, mas denunciavam que essas categorias discursivas eram frutos de uma construção social numa determinada cultura e tempo histórico.

Fiz parte da pesquisa Gênero, Sexualidade e Mídia. O tempo em que lá estive longe de fornecer respostas fechadas, trouxe uma série de indagações e questionamentos que motivaram a continuar pesquisando e estudando a temática.

Posteriormente, já formada, ingressei como aluna especial no Programa de Psicologia Social da Universidade de São Paulo na disciplina “Psicologia Social e Políticas Públicas de Saúde”. No seio dessa disciplina, delineei meu projeto de mestrado que se tornaria esta dissertação.

Esta pesquisa fará uma reflexão sobre o acesso de pessoas trans à saúde pública e buscará a visão dos profissionais de psicologia no serviço público de saúde voltado para essa população.

A transexualidade, quando passa a ser objeto de interesse da saúde, já adentra as instituições patologizada. A Psicologia, juntamente com a Medicina e as demais Ciências Psi, produziram um discurso médico, fazendo uso do status de cientificidade, que delimitava no campo das identidades sexuais uma fronteira entre o normal e o patológico:

O discurso médico e as ciências psi (psicologia, psiquiatria e psicanálise) munidos de cientificidade tornaram-se os saberes apropriados e exclusivos para desvendar os mistérios que levam uma pessoa de um determinado sexo a reivindicar o reconhecimento social como membro de outro, e o protagonismo destas ciências na questão delimitou uma fronteira entre o normal e o patológico no campo das identidades sexuais. Nesse contexto, teve início a construção de uma semiologia dos comportamentos e das identidades sexuais que, entre outros parâmetros, estabeleceu a necessidade de uma compatibilidade entre a identidade de gênero e a anatomia. Trânsitos entre gêneros passaram a ser interpretados como doenças (ALMEIDA e MURTA, 2013, p.384)

Com o decorrer dos estudos e debates sobre a transexualidade, juntamente com a pressão do ativismo internacional, a forma que a transexualidade é vista foi modificada e as nosografias psiquiátricas foram transformadas.

Em junho de 2018 (World Health Organization [WHO], 2018), a Organização Mundial de Saúde movimentou a categoria diagnóstica da transexualidade como um transtorno mental, definindo-a como ‘condição relativa à saúde sexual’, o que ainda revela a manutenção da psicopatologização das experiências trans, mesmo que tenha sido uma grande conquista em termos de movimento. No Brasil, a Resolução nº 01 (2018) do Conselho Federal de Psicologia, surge como um marco pioneiro para a luta e defesa da despatologização dos gêneros e sexualidades, pois convoca a categoria no âmbito de seu campo de atuação e demais assistências, orientando profissionais da área para uma atuação ética, despatologizada e voltada à eliminação da transfobia e do preconceito direcionado às pessoas trans. (CAZEIRO [et al], 2022, v. 27, p.03)

Neste trabalho serão vistas as reverberações dessas transformações, em especial nas políticas públicas de saúde voltadas para pessoas trans. Para tanto, é necessário entender como gênero tem sido trabalhado ao longo da História e o funcionamento do sistema de saúde brasileiro.

Esta pesquisa será apresentada em cinco capítulos. No primeiro capítulo, tratarei da conceituação e surgimento de Gênero como categoria, chegando pôr fim às identidades trans e como são vistas.

No segundo capítulo, explanarei o funcionamento do sistema de saúde pública brasileiro, como se deu a patologização das pessoas trans juntamente com a criação das primeiras políticas públicas de saúde para essa população e descreverei o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Centro de Referência em São Paulo.

No terceiro, tratarei do referencial teórico, a psicologia social de Pichon-Rivière, onde este estudo será ancorado para, no quarto, fazer uma descrição do método que será utilizado.

No quinto e último capítulo serão feitas as análises das entrevistas com as psicólogas e algumas considerações sobre o tema.

CAPÍTULO 1 – GÊNERO E TRANSEXUALIDADE

“Aqueles pessoas que se propõem a codificar os sentidos das palavras lutam por uma causa perdida, porque as palavras, como as ideias e as coisas que elas pretendem significar, têm uma história. Nem os professores de Oxford nem a Academia francesa têm sido plenamente capazes de represar, de aprisionar e fixar o significado, de uma forma que seja independente do jogo da invenção e da imaginação humanas.”

Joan Scott

1.1 Surgimento da Categoria Gênero

Todos os seres humanos vivem em um tempo histórico, estabelecidos em um determinado território e inseridos num contexto social que determina nossa forma de ver, sentir e compreender o mundo ao redor. É através desse processo de internalizar o mundo e agir sobre ele a partir de nossas próprias experiências e subjetividades que construímos a nossa identidade. Sendo assim, podemos afirmar que a forma como nos expressamos depende da cultura em que vivemos.

O mesmo acontece aos diferentes papéis e formas de agir atribuídos e ensinados às mulheres e aos homens. A descoberta de que os padrões de atuação dos gêneros não são inatos, mas sim uma construção social, é recente, tendo começado a ser discutido nos idos dos anos 1960 e trouxe com ela inúmeras possibilidades de se pensar sobre a subordinação feminina. A razão disso é que, como coloca Piscitelli (2009), a crença de que as diferenças entre homens e mulheres são inatas e decorrentes das distinções corporais abre precedentes para diferentes formas de dominação de um de um gênero sobre outro.

Com frequência, esses traços são considerados como algo inato, com o qual se nasce, algo supostamente "natural", decorrente das distinções corporais entre homens e mulheres, em especial daquelas associadas às suas diferentes capacidades reprodutivas. Quando as distribuições desiguais de poder entre homens e mulheres são vistas como resultado das diferenças, tidas como naturais, que se atribuem a uns e outras, essas desigualdades também são "naturalizadas". O termo gênero, em suas versões mais difundidas, remete a um conceito elaborado por pensadoras feministas precisamente para desmontar esse duplo procedimento de naturalização mediante o qual as diferenças que se atribuem a homens e mulheres são consideradas inatas, derivadas de distinções naturais, e as desigualdades entre uns e outras são percebidas como resultado dessas diferenças. (PISCITELLI, 2009, p.119)

Essas postulações sobre a possibilidade dos papéis de homens e mulheres serem frutos de uma construção social se originaram no interior do movimento feminista. Este, após as primeiras conquistas estacionadas nas ideias de direitos iguais no começo do século XX, passou a questionar como criaram e mantiveram a subordinação feminina:

No século XIX, a idéia de “direitos iguais a cidadania” pressupondo igualdade entre os sexos, impulsionou uma mobilização feminista importante, no Continente Europeu, na América do Norte e em outros países. Entre as décadas de 1920 e 1930 mulheres conseguiram, em vários lugares, romper com algumas das expressões mais agudas de sua desigualdade em termos formais ou legais, particularmente no que se refere de direito ao voto, a propriedade, ao acesso à educação. Essa história é bastante conhecida, mas o que me interessa reter dela é que dentro desse movimento era formulada uma pergunta decorrente da ideia de “direitos iguais”, que será central no pensamento feminista após a década de 1960. Se a subordinação da mulher não é justa, nem natural, como se chegou a ela e como se mantém? (PISCITELLI, 2002, p.02)

Piscitelli (2002) narra que as diferentes vertentes e abordagens feministas desenvolvidas nos idos da década de 1960 compartilhavam a mesma premissa de que, por mais que a subordinação feminina varie de acordo com o contexto histórico e localidade, ainda assim ela mantinha seu caráter universal, no sentido de ocorrer com todas as mulheres pelo decorrer da História. Contudo, essa subordinação não seria natural, mas decorrente de uma construção social. Esse pensamento revolucionário trazia consigo a noção de que o que é construído pode ser desconstruído.

A palavra “mulher” era usada como categoria analítica até então para falar da opressão patriarcal e a forma como as mulheres eram pensadas carregava tanto aspectos socialmente construídos como biológicos. Como resultado, ainda que fosse revolucionário pensar que a subordinação não era natural e, portanto, era passível de ser desconstruída, o pensamento feminista na década de sessenta ainda mantinha um caráter essencialista ao colocar o corpo biológico e a capacidade reprodutiva como o centro da opressão e desigualdade social entre homens e mulheres, algo que por fim todas as mulheres compartilhavam, que as unia como categoria e que seria maior do que o que as diferenciava.

Mas, qual é a base para essa identidade entre mulheres? Nessa linha de pensamento, a categoria “mulher” é pensada como incluindo traços biológicos e, também, aspectos socialmente construídos. Em termos gerais, as feministas radicais sublinharam a conexão através do tempo e das culturas, considerando que o corpo feminino era uma pré-condição necessária para a permanência da opressão patriarcal. E se a ênfase concedida aos aspectos biológicos colocava o feminismo num terreno potencialmente essencialista, o desenvolvimento do conceito opressão incidiu num alargamento dos significados do político. (PISCITELLI, 2002, p.05)

O interesse acadêmico cada vez maior pelas temáticas feministas proliferou dados sobre a “mulher” como categoria e o surgimento de mais e mais informações sobre as experiências femininas levou à contestação dos conceitos e categorias criados dentro do feminismo e do modo como eram utilizados. Um exemplo foi o conceito de patriarcado. Ainda que importante politicamente para o feminismo – por mostrar que a dominação masculina não era inevitável,

mas um fenômeno histórico que poderia ter um fim – ele universalizava a dominação masculina e a opressão feminina (PISCITELLI, 2002).

A efervescência acadêmica provocada pelos interesses feministas deu lugar a crescente acumulação de um corpo de dados sobre a situação da mulher. Assim, se constituíram e consolidaram os estudos da mulher nas mais diversas disciplinas – a antropologia da mulher a história das mulheres. Esses estudos confrontaram aspectos dessas disciplinas. Mas, a acumulação de informação sobre a diversidade de experiências femininas e a sofisticação crescente das perspectivas acadêmicas orientadas pelo feminismo conduziram também, ao caminho oposto, isto é a constatação de vários dos conceitos e categorias com os quais o pensamento feminista estava operando. E um dos primeiros alvos desses questionamentos foi a utilização do patriarcado como categoria de análise. (PISCITELLI, 2002, p.06)

À medida em que “mulher” era tratada como sujeito universal, não eram feitos recortes de raça e classe, de forma que as diferenças entre as mulheres eram apagadas e, com isso, as múltiplas opressões que elas sofriam. Era necessária uma nova forma interseccional de se olhar para as desigualdades sociais entre homens e mulheres, sem invisibilizar as diversas opressões que se sobrepõem nas relações humanas.

No meio desse terreno cheio de disputas surge o Gênero como categoria analítica, tentando abarcar um sistema de relações sociais baseado em diferentes estruturas de poder não antes contempladas nas conceituações até então trabalhadas. Um recurso linguístico através do qual é possível desconstruir os discursos produzidos sobre homens e mulheres, sendo então um meio de combater as desigualdades entre eles e questionar a normatividade em volta também de suas sexualidades, corpos e afetividade.

As explicações até então formuladas foram duramente criticadas. Mulheres negras, lésbicas, índias, mestiças, pobres, trabalhadoras, e do chamado terceiro mundo vieram a público manifestar seu descontentamento com o discurso feminista vigente – branco, de classe média e heterossexual, instigando a pensar as múltiplas diferenças contidas dentro da diferença sem descartar as desigualdades e a questão de poder entre os sexos. O conceito de gênero, portanto, emerge como um recurso de linguagem para dar conta não mais de um sujeito mulher, mas de um sistema de relações sociais baseadas em distintas estruturas de poder que sustentam a construção social das diferenças sexuais. (BORGES e COSTA, 2012, p.52)

É importante entender que Gênero, desde o seu surgimento, nunca teve uma única interpretação ou conceituação. Na verdade, os estudos de gênero dificilmente encontraram um assentimento e, durante décadas, têm sido objeto de disputa. Gênero também nunca esteve num único campo do conhecimento, sendo interdisciplinar e, por isso, útil como categoria de análise em diversos segmentos. É a isso mesmo que ele se propõe, sem pretensão de ser uma categoria estática, o que estaria contra suas próprias raízes como recurso que veio para dar conta da fluidez das relações e mostrar que as opressões não são naturais.

Como um conceito em construção, gênero está constantemente exposto a diversas interpelações e se configura como uma importante categoria de análise em diversos campos do conhecimento, o que lhe confere o status de uma categoria interdisciplinar. Trata-se, no entanto, de um conceito instável cuja intenção é ser crítico de um tipo de conhecimento produzido nas ciências, e que oportuniza o questionamento de temas centrais como a objetividade, a relação entre sujeito e objeto, as relações entre público e privado, a produção/reprodução, o estatuto das teorias de parentesco, as questões em torno da diferença e do poder, dentre outros. Alvo de discussões há mais de três décadas, pelo próprio processo de sua constituição está permanentemente aberto às reinterpretações, o que se encaixa perfeitamente na forma como o pensamento feminista tem se constituído historicamente, sem pretensões de ser como um corpo teórico finalizado. (BORGES E COSTA, 2012, p.52)

1.1.1 Problemática de Gênero na Contemporaneidade

A categoria Gênero tomou força em 1973, com Gayle Rubin, antropóloga estadunidense. Ela escreveu em seus tempos de pós-graduação o ensaio *O Tráfico de Mulheres: Notas sobre a “Economia Política” do Sexo*, um marco dos estudos de Gênero. Logo na introdução, ela afirma ser o objetivo da obra buscar explicações alternativas para como se dá a opressão feminina e das minorias sexuais, através de uma leitura crítica de Claude Lévi-Strauss e Freud. Ela afirma ser a domesticação da mulher extensamente discutida na obra dos dois autores, embora eles mesmos não vejam assim. De forma crítica, ela adota, portanto, algumas das ferramentas conceituais oferecidas para criar seu “sistema sexo e gênero”:

A domesticação da mulher, sob outros nomes, é discutida extensamente na obra dos dois. Lendo esses trabalhos, começa-se a ter uma idéia de um aparato social sistemático que toma essas mulheres como matérias-primas e as molda, transformando-as em mulheres domesticadas. Nem Freud nem Lévi-Strauss vêem o próprio trabalho desse ponto de vista, e com certeza nenhum dos dois lança um olhar crítico sobre o processo que descrevem. Suas análises e descrições devem ser lidas, portanto, mais ou menos da forma como Marx lia os economistas políticos clássicos que o antecederam. Em certo sentido, Freud e Lévi-Strauss são semelhantes a Ricardo e Smith: eles não vêem as implicações do que estão dizendo e tampouco a crítica implícita que sua obra pode motivar quando submetida ao olhar feminista. Não obstante, eles fornecem instrumentos conceituais com os quais se podem elaborar descrições da área da vida social que é o lócus da opressão das mulheres, das minorias sexuais, e de certos aspectos da personalidade humana nos indivíduos. Chamo a essa parte da vida social “sistema de sexo/gênero”, por falta de um termo mais preciso. (RUBIN, 1973, p.02)

Mas afinal, o que seria esse sistema de sexo/gênero?

Um “sistema de sexo/gênero”, numa definição preliminar, é uma série de arranjos pelos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e nos quais essas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas. (RUBIN, 1973, p.03)

Um exemplo é o casamento. Lévi-Strauss, como conta Rubin (1973), explica que os casamentos são, na verdade, uma troca de presentes onde as mulheres são itens valiosos a serem

trocados e o tabu do incesto para ele deve ser entendido como uma forma de garantir aliança com outros grupos. A razão disso é que, embora o tabu seja universal, seu conteúdo é variável, mostrando que importa menos a genética e mais garantir vínculos com outras famílias. A aliança, portanto, está acima do sexo e da procriação, pois através do casamento cria-se um sistema de parentesco com outros grupos.

À teoria da reciprocidade primitiva, Lévi-Strauss acrescenta a idéia de que os casamentos são uma forma elementar de troca de presentes na qual as mulheres são o mais precioso dos presentes. Ele afirma que o tabu do incesto deve ser entendido como um mecanismo para garantir que essas trocas se realizem entre famílias e entre grupos. Dado que a existência dos tabus de incesto é universal, mas o teor de suas proibições variável, não se pode dizer que sua finalidade seja evitar a ocorrência de casamentos entre pessoas geneticamente próximas. O que ocorre na verdade é que o tabu do incesto coloca o objetivo social da exogamia e da aliança acima dos fatos biológicos de sexo e procriação. O tabu do incesto divide o universo da escolha sexual em categorias de parceiros sexuais permitidos e interditos. De forma explícita, proibindo uniões dentro de um grupo, ele impõe as uniões entre os grupos. (RUBIN, 1973, p.19)

A questão que se origina do casamento como troca é que, se as mulheres são as trocadas e os homens os parceiros de troca, o poder dos laços está com eles e não com quem é o presente a ser trocado. Eles serão os que terão as vantagens das alianças criadas e também do sistema social produzido por essas.

As relações desse sistema são tais que as mulheres não têm condições de perceber claramente os benefícios trazidos pelas trocas de que são objeto. Na medida em que as relações estabelecem que os homens trocam as mulheres, os homens é que são beneficiários do produto de tais trocas – a organização social. (RUBIN, 1973, p.21)

Ainda que a troca de mulheres seja uma teoria questionável em múltiplos aspectos para a autora, ela acredita que ainda assim ela revela uma percepção importante: a de que mulheres não têm direitos sobre elas mesmas; e também localiza a opressão das mulheres no sistema social e não na biologia.

As mulheres são dadas em casamento, tomadas em batalhas, trocadas por favores, enviadas como tributo, negociadas, compradas e vendidas. Longe de estarem circunscritas ao mundo “primitivo”, essas práticas parecem ter-se aprofundado ainda mais e assumido um aspecto mais comercial nas sociedades mais “civilizadas”. Naturalmente, também se negociam homens – mas como escravos, prostitutas, estrelas do atletismo, servos, ou outros status sociais horríveis – e não como homens. As mulheres são negociadas como escravas, servas e prostitutas, mas também simplesmente como mulheres. E se os homens foram sujeitos sexuais – agentes das trocas – e as mulheres objetos semi-sexuais – presentes – por boa parte da história humana, então muitos costumes, chavões e traços de personalidade parecem fazer sentido (entre outros, o curioso costume pelo qual o pai entrega a noiva). (RUBIN, 1973, p.23)

Adentrando ainda mais na busca de explicações para a opressão das mulheres, Gayle Rubin busca um complemento visando a divisão de trabalho dentro dos casamentos. Ainda

dentro das teorias de Lévi-Strauss, ela afirma que a divisão do trabalho varia entre culturas diferentes. Logo, não se trata de especificidades biológicas para este ou aquele trabalho, mas de fomentar interdependência entre homens e mulheres para que o casamento funcione e, conseqüentemente, o Sistema de Parentesco também.

Ela também ressalta como a repressão é exigida nesse sistema pois, longe de haver diferenças naturais, a identidade de gênero seria na verdade a supressão das semelhanças naturais, exigindo em homens e mulheres repressões em características de personalidade com sua rígida divisão do dito “masculino” e “feminino”.

A divisão sexual do trabalho pode, portanto, ser vista como um “tabu”: um tabu contra a uniformidade de homens e mulheres, um tabu que divide o sexo em duas categorias mutuamente excludentes, um tabu que exacerba as diferenças biológicas entre os sexos e que, portanto, *cria* o gênero. A divisão de trabalho também pode ser vista como um tabu contra outros arranjos sexuais que não aqueles que tenham pelo menos um homem e uma mulher, o que obriga ao casamento heterossexual. (RUBIN, 1973, p.26)

Dessa forma, ela conceitua Gênero como:

Gênero é uma divisão dos sexos imposta socialmente. É um produto das relações sociais de sexualidade. Os sistemas de parentesco baseiam-se no casamento. Por isso eles transformam pessoas do sexo masculino e pessoas do sexo feminino em “homens” e “mulheres”, sendo que cada um é uma metade incompleta que só pode completar-se unindo-se à outra. (RUBIN, 1973, p.27)

Ou seja, se antes o feminismo ainda mantinha um caráter essencialista por localizar no aparelho reprodutor a opressão, com Rubin e sua conceituação de Gênero começa a haver uma desnaturalização do que seria a raiz da opressão não mais localizada no corpo, mas sim na cultura.

Joan Scott (1995), partindo da História para pensar as relações de Gênero, também trabalha com a ideia que falar de Gênero é falar sobre as construções sociais dos papéis atribuídos a homens e mulheres. Como Gayle Rubin, afirma ser uma criação social e não originada da biologia, quebrando também a noção essencialista permeada por algumas camadas do movimento feminista.

O gênero se torna, aliás, uma maneira de indicar as “construções sociais” – a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres. É uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. O gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado. Com a proliferação dos estudos do sexo e da sexualidade, o gênero se tornou uma palavra particularmente útil, porque ele oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos às mulheres e aos homens. Apesar do fato dos (as) pesquisadores (as) reconhecerem as relações entre o sexo e (o que os sociólogos da família chamaram) “os papéis sexuais”, estes (as) não colocam

entre os dois uma relação simples ou direta. O uso do “gênero” coloca a ênfase sobre todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado pelo sexo nem determina diretamente a sexualidade. (SCOTT, 1995, p.75)

A autora também pontua que diferente do termo “mulher”, a categoria Gênero trouxe consigo a noção de que estudar mulheres também significa fazer o mesmo com os homens, visto que homens e mulheres não existem em esferas separadas.

O termo "gênero", além de um substituto para o termo mulheres, é também utilizado para sugerir que qualquer informação sobre as mulheres é necessariamente informação sobre os homens, que um implica o estudo do outro. Essa utilização enfatiza o fato de que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens, que ele é criado nesse e por esse mundo masculino. Esse uso rejeita a validade interpretativa da idéia de esferas separadas e sustenta que estudar as mulheres de maneira isolada perpetua o mito de que uma esfera, a experiência de um sexo, tenha muito pouco ou nada a ver com o outro sexo. (SCOTT, 1995, p. 75)

Para além de trabalhar Gênero como um construto social, uma outra contribuição de Joan Scott (1995) foi mostrar que o potencial analítico do Gênero não somente acrescentaria novas informações, mas criaria uma nova História a partir do momento em que a pesquisa sobre mulheres mudaria os paradigmas interdisciplinares. O que ela quis dizer com isso foi que a categoria Gênero serviria não só para a análise de novos fenômenos, mas também mudaria fundamentalmente a forma como fenômenos históricos são analisados, pois a partir da ótica dos estudos de Gênero, toda a premissa do que é historicamente importante é alterada. O pessoal se torna político e a subjetividade da experiência pessoal se torna tão importante quanto o que é público. O estudo a partir do Gênero não seria então uma História das mulheres, mas uma revisão da História como um todo a partir de uma nova luz.

Ademais, e talvez o mais importante, o “gênero” era um termo proposto por aquelas que defendiam que a pesquisa sobre mulheres transformaria fundamentalmente os paradigmas no seio de cada disciplina. As pesquisadoras feministas assinalaram muito cedo que o estudo das mulheres acrescentaria não só novos temas como também iria impor uma reavaliação crítica das premissas e critérios do trabalho científico existente. “Aprendemos”, escreviam três historiadoras feministas, “que inscrever as mulheres na história implica necessariamente a redefinição e o alargamento das noções tradicionais do que é historicamente importante, para incluir tanto a experiência pessoal e subjetiva quanto as atividades públicas e políticas. Não é exagerado dizer que por mais hesitante que sejam os princípios reais de hoje, tal metodologia implica não só em uma nova história das mulheres, mas em uma nova história”. A maneira como esta nova história iria simultaneamente incluir e apresentar a experiência das mulheres dependeria da maneira como o gênero poderia ser desenvolvido como uma categoria de análise. (SCOTT, 1995, p.73)

No entanto, é importante ressaltar que enquanto o Gênero foi bastante discutido nas duas primeiras décadas de seu surgimento, o sexo se manteve numa posição confortável e estável. O gênero, portanto, foi trazido dissociado do sexo, como uma representação deste. Dessa forma,

o sexo era colocado na esfera do biológico, como natural, e o gênero na esfera da cultura, como construído socialmente. Isso começou a mudar com o aprofundamento dos debates no seio feminista.

O aprofundamento e a complexificação do debate feminista conduzem à inevitável recusa da polarização dos gêneros (a lógica dicotômica implicando na idéia fixa e singular de uma masculinidade e feminilidade), bem como de modelos identitários unívocos. Isso provocou abalos profundos nas certezas do que é gênero e do que é sexo fazendo com que esses conceitos se deslocassem de sua confortável posição de estabilidade e adentrasse uma zona de instabilidade altamente produtiva. (BORGES e COSTA, 2012, p.11)

Em 1990, Thomas Laqueur publicou a obra *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*, que causou grande impacto por mostrar que, diferente do que se acreditava na Medicina, o gênero precedia o sexo. Este estudo mostrava que somente no Renascimento, com estudos anatômicos, começa a se fazer a diferenciação dos sexos. Antes, considerava-se que homens e mulheres tinham os mesmos órgãos genitais, entretanto a mulher não havia tido força vital o suficiente para expulsá-los. Logo, só havia um gênero – o masculino e o masculino defeituoso. Este fato colocava a mulher como um homem malformado (LAQUEUR, 1992).

Durante milhares de anos acreditou-se que a mulher tinha a mesma genitália que os homens só que – como dizia Nemesius, bispo de Emesa, do século IV, “a delas fica dentro do corpo e não para fora”. Galeno, que no século II d.C. desenvolveu o mais poderoso e exuberante modelo de identidade estrutural, mas não espacial, dos órgãos reprodutivos do homem e da mulher, demonstrava com detalhes que as mulheres eram essencialmente homens nos quais uma falta de calor vital-de perfeição- resultara na retenção interna das estruturas que no homem são visíveis na parte externa. (LAQUEUR, 1992, p.04)

A partir daí o sexo foi tirado da posição confortável de ordem biológica e natural, revolucionando a forma de se pensar sobre ele e influenciando outros pensadores a questionar a forma que o gênero estava sendo pensado.

Haraway (1995), por exemplo, critica a dicotomia sexo/gênero e afirma que sexo é o gênero passível de controle pelas normatividades, uma forma de manter o establishment.

De modo análogo, o sexo é apenas a matéria do ato de gênero; a lógica da produção parece inescapável nas tradições dos binarismos ocidentais. Essa lógica narrativa analítica e histórica explica meu nervosismo a respeito da distinção sexo/gênero na história recente da teoria feminista. O sexo é "recuperado" para ser reapresentado como gênero, que “nós” podemos controlar. Parece impossível evitar a cilada da lógica apropriacionista de dominação, inscrita no par binário natureza/cultura e na linhagem que ela gerou, incluindo a distinção sexo/gênero. (HARAWAY, 1995, p.36)

Em vista disso, a autora acredita que os corpos como objetos de estudo são signos a serem interpretados dentro das interações sociais, que delimitam regras e conceitos a partir do físico.

O que leva à filósofa pós-estruturalista Judith Butler. Influenciada pela História da Sexualidade de Foucault, ela teoriza que não somente o gênero, mas também o sexo e a sexualidade seriam construções sociais. Butler (2000) afirma que o sexo não funciona só como uma norma, mas é parte de uma prática regulatória que produz os corpos que rege. O que, para ela, significa dizer que o sexo também é uma construção discursiva e reiterada pelas práticas sociais que estão a serviço do imperativo heterossexual.

A categoria do "sexo" é, desde o início, normativa: ela é aquilo que Foucault chamou de "ideal regulatório". Nesse sentido, pois, o "sexo" não apenas funciona como uma norma, mas é parte de uma prática regulatória que produz os corpos que governa, isto é, toda força regulatória manifesta-se como uma espécie de poder produtivo, o poder de produzir — demarcar, fazer, circular, diferenciar — os corpos que ela controla. Assim, o "sexo" é um ideal regulatório cuja materialização é imposta: esta materialização ocorre (ou deixa de ocorrer) através de certas práticas altamente reguladas. Em outras palavras, o "sexo" é um constructo ideal que é forçosamente materializado através do tempo. Ele não é um simples fato ou a condição estática de um corpo, mas um processo pelo qual as normas regulatórias materializam o "sexo" e produzem essa materialização através de uma reiteração forçada destas normas. O fato de que essa reiteração seja necessária é um sinal de que a materialização não é nunca totalmente completa, que os corpos não se conformam, nunca, completamente, às normas pelas quais sua materialização é imposta. Na verdade, são as instabilidades, as possibilidades de rematerialização, abertas por esse processo, que marcam um domínio no qual a força da lei regulatória pode se voltar contra ela mesma para gerar rearticulações que colocam em questão a força hegemônica daquela mesma lei regulatória. (BUTLER, 2000, p.151)

Ela também traz à tona a noção de Performatividade, um verdadeiro divisor de águas na forma de se pensar o Gênero. Sua teoria mostra que gestos, atos e atuações são performativos, ou seja, fabricações das identidades que procuram expressar, sustentados por meios discursivos. A realidade é confeccionada e é efeito de um discurso social e público que controla as fronteiras do gênero. Esses atos, gestos e desejos criam a ilusão de uma essência, e esta é mantida discursivamente com a função de regular a sexualidade em moldes heterossexuais, o que significa dizer que a verdade sobre o gênero é uma fantasia entalhada nos corpos. Logo, os gêneros não são verdadeiros ou falsos, mas produções que se assumem como verdades. Ela coloca que:

Os vários atos de gênero criam a ideia de gênero, e sem esses atos, não haveria gênero algum, pois não há nenhuma "essência" que o gênero expresse ou exteriorize, nem tampouco um ideal objetivo ao qual aspire e porque o gênero não é um dado de realidade. Assim, o gênero é uma construção que oculta normalmente sua gênese; o acordo coletivo tácito de exercer, produzir e sustentar gêneros distintos e polarizados como ficções culturais é obscurecido pela credibilidade dessas produções — e pelas

punições que penalizam a recusa a acreditar neles; a construção “obriga” nossa crença em sua necessidade e naturalidade. As possibilidades históricas materializadas por meio dos vários estilos corporais nada mais são do que ficções culturais punitivamente reguladas, alternadamente incorporadas e desviadas sob coação. (BUTLER, 2018, p.241)

O trabalho de Butler caminha numa direção muito clara: trazer as identidades ininteligíveis culturalmente para o campo do possível. No entanto, o termo “identidade” pode gerar alguma confusão de conceituação. O uso de identidade aqui se aproxima das reflexões de Hall (2006), uma identidade formada e transformada pelos sistemas culturais que rodeiam os sujeitos, que não é fixa, essencialista ou permanente, mas histórica, inclusive sendo possível falar não de uma única identidade e sim de identidades que o indivíduo vai assumindo em diferentes momentos.

A identidade plenamente unificada, completa, segura e coerente é uma fantasia. Ao invés disso, à medida em que os sistemas de significação e representação cultural se multiplicam, somos confrontados por uma multiplicidade desconcertante e cambiante de identidades possíveis, com cada uma das quais poderíamos nos identificar - ao menos temporariamente. (HALL, 2006, p.13)

Louro (2000) concorda com Hall (2006) quando afirma que é nos âmbitos da cultura e da história que se consolidam as identidades sociais, tanto as de raça, gênero, nacionalidade, classe, sexuais etc., e que essas múltiplas identidades podem, inclusive, ser contraditórias e que elas são adotadas na medida em que surgem diferentes situações. Não obstante, essas identidades também podem ser abraçadas temporariamente e depois descartadas, tendo um caráter instável, plural e fragmentado. Ainda assim, há uma expectativa de que o corpo determine a identidade sem nenhum tipo de inconstância, porém o sentido dos corpos também se encontra na cultura, e por isso podem por ela serem modificados.

Ao se pensar em identidade de gênero, por exemplo, há uma crença de que o órgão genital será capaz de defini-la, atribuindo a presença de um pênis a uma identidade masculina e a presença de uma vagina a uma identidade feminina, no entanto, essa significação foi também uma atribuição cultural inscrita temporalmente.

As identidades, ao mesmo tempo que são fruto de um reconhecimento, são também de uma diferenciação daquele que é visto e colocado como o “outro”, essas atribuições não ocorrem de forma neutra, sendo embutidas de relações de poderes por isso sempre políticas:

É fácil concluir que, nesses processos de reconhecimento de identidades, inscreve-se, ao mesmo tempo, a atribuição de diferenças. Tudo isso implica a instituição de desigualdades, de ordenamentos, de hierarquias, e está, sem dúvida, estreitamente imbricado com as redes de poder que circulam numa sociedade. O reconhecimento do

"outro", daquele ou daquela que não partilha dos atributos que possuímos, é feito a partir do lugar social que ocupamos. De modo mais amplo, as sociedades realizam esses processos e, então, constroem os contornos demarcadores das fronteiras entre aqueles que representam a norma (que estão em consonância com seus padrões culturais e aqueles que ficam fora dela, às suas margens. (LOURO, 2000, p.12)

No caso das identidades sexuais e de gênero, como mencionado anteriormente por Judith Butler, há um imperativo heterossexual que provoca certos reconhecimentos a partir daqueles que exclui, e aqueles que ficam à margem são vistos como seres abjetos, que não podem gozar do status de sujeito, sendo também vistos como ameaçadores, os desviantes da norma:

Esta matriz excludente pela qual os sujeitos são formados exige, pois, a produção simultânea de um domínio de seres abjetos, aqueles que ainda não são "sujeitos", mas que formam o exterior constitutivo relativamente ao domínio do sujeito. O abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas "inóspitas" e "inabitáveis" da vida social, que são, não obstante, densamente povoadas por aqueles que não gozam do status de sujeito, mas cujo habitar sob o signo do "inabitável" é necessário para que o domínio do sujeito seja circunscrito. Essa zona de inabitabilidade constitui o limite definidor do domínio do sujeito; ela constitui aquele local de temida identificação contra o qual — e em virtude do qual — o domínio do sujeito circunscreverá sua própria reivindicação de direito à autonomia e à vida. Neste sentido, pois, o sujeito é constituído através da força da exclusão e da abjeção, uma força que produz um exterior constitutivo relativamente ao sujeito, um exterior abjeto que está, afinal, "dentro" do sujeito, como seu próprio e fundante repúdio. (BUTLER, 2000, p.153)

Estar fora da norma pode inclusive impedir que sujeitos obtenham acesso a direitos que supostamente estão garantidos a todos. É através das próprias penalidades e sanções aos que descumprem a norma que ela é mantida. Lanz (2014) diz que o desvio é uma ferramenta forte para assimilar a própria norma, e que a existência dessa só permite duas possibilidades, cumprir ou transgredir, sendo a transgressão as normas de gênero, a raiz da transgeneridade e transexualidade.

1.1.2 Transexualidade e Transgeneridade

O estudo sobre Gênero permite então entrever que as diferenças entre homens e mulheres são antes de tudo, construções sociais construídas num tempo histórico e social.

Jaqueline Jesus (2012), em conformidade com isso, aponta que, biologicamente apenas o tamanho das células reprodutivas determina o sexo do indivíduo e que essa biologia não dita comportamentos, ela exemplifica citando que ser masculino no Japão é diferente de ser masculino no Brasil ou em outros países e que a cultura é a chave para entender essa diferença. Ela também pontua que crianças são ensinadas a agir de uma determinada forma e possuir uma certa aparência a partir do momento que foi dito, seja no parto ou no ultrassom, qual genitália

possuíam e depois de crescidas, aquele comportamento ensinado, influenciado por aquele meio social, num determinado lugar e tempo histórico, é posto como um fato natural e não social.

Por isso, para a autora:

O que importa, na definição do que é ser homem ou mulher, não são os cromossomos ou a conformação genital, mas a autopercepção e a forma como a pessoa se expressam socialmente. Se adotamos ou não determinados modelos e papéis de gênero, isso pode depender de nossos órgãos genitais, dos cromossomos ou de alguns níveis hormonais. Todos e todas nós vivenciamos, em diferentes situações e momentos da vida, inversões temporárias de papéis determinados para o gênero de cada um: somos mais ou menos masculinos, nós nos fantasiamos, interpretamos etc. Pesquise exemplos, na História, de que tais limites não são fixos e pré-determinados, representados por pessoas como Maria Quitéria, heroína da Guerra da Independência, que se vestiu de homem para poder lutar contra o domínio português. (JESUS, 2012, p.08)

Posto que é a autoidentificação que diz a qual gênero a pessoa pertence, aqueles que se identificam com o gênero designado ao nascer são chamados de cisgêneros, ou “cis”, e os que não, ou seja, todos os não-cisgêneros, são chamados pelos termos guarda-chuvas transgêneros, ou trans. Dentre as pessoas trans, temos mulheres transexuais que reivindicam o reconhecimento social como mulheres e homens trans que demandam reconhecimento social como homens (JESUS, 2012).

Há uma confusão no que se trata do termo transexual e travesti, sendo o último anterior ao primeiro e nascido de forma pejorativa. Carvalho (2018) discute sobre a distinção entre essas duas nomenclaturas, evidenciando a construção política dessas identidades e como os marcadores de classe e geração transformavam seus significados e aumentavam ou diminuíam a rigidez em cima dessas experiências identitárias, experiências essas que, por estarem situadas numa rede de saberes e poderes, não permitia que as categorias emergissem de forma aleatória, o que por consequência também não era aleatório as autoidentificações. Ele conjectura que há uma distinção entre os estigmas entre travestis e transexuais, as primeiras encontradas em classes mais baixas, são lidas como pervertidas pelo olhar moralizante da sociedade e a segunda categoria, oriunda de classes mais abastadas, podia ser encontrada num discurso médico-psiquiátrico. Isso influenciava suas trajetórias de forma que:

Ser um desviante moral, como no caso de travestis, implicará no manejo e na negociação constante com a oficialidade e a constituição de redes sociais associadas à marginalidade. Enquanto ser um desviante “mental”, como no caso de transexuais, implicará uma incorporação total ou parcial de uma experiência de gênero medicalizada, que provavelmente passará por um processo de construção identitária em interlocução com os saberes e práticas médicas. (CARVALHO, 2018, p.11)

Mais do que uma questão de poder aquisitivo, a leitura de transtorno sexual, ou simplesmente perversão e “safadeza”, passa pelo capital cultural das diferentes classes sociais, visto que quem tem a competência de dizer se algo merece atenção médica ou não é o próprio médico que será condicionado por esse capital. Não é à toa que a prostituição é associada à identidade travesti, está ligada à performance de feminilidade vista como lasciva e exorbitante, diferente da transexual, advinda de um modelo medicalizado, associada a uma performance feminina delicada e burguesa.

A rotulação marginal de “travesti” parece produzir uma “rotina” que implica um determinado corpo e uma determinada feminilidade, enquanto a rotulação psiquiátrica de “transexual” parece produzir outra “rotina” que produzirá corpos e feminilidades distintas (CARVALHO, 2018, p.14)

Comumente, o critério usado na distinção de transexual e travesti é a vontade ou não de realizar a cirurgia de readequação genital, lógica essa que regressa a uma perspectiva biologizante de gênero, como o autor levanta, e, justamente por isso, os processos culturais não podem ser desconsiderados na relação que se tem com o genital:

De um lado, nas classes populares, haveria uma menor tolerância a tal dissidência, que seria percebida como “safadeza” ou “pecado”, resultando na expulsão da pessoa de casa. A pessoa, normalmente adolescente, encontraria refúgio na casa de uma cafetina, e teria ao mesmo tempo a possibilidade e a obrigação de uma construção corporal dentro de espaços de prostituição. O universo da prostituição, por sua vez, seria catalisador de uma maior aceitação do corpo e conseqüentemente do pênis. É nesse circuito que surgiriam as travestis. Por outro lado, nas classes médias e altas, haveria uma maior tolerância à dissidência de gênero na medida em que seria percebida como algum tipo de problema de ordem psicológica ou médica. Assim, as famílias recorreriam a profissionais de saúde como solução ao problema. Decorreria, então, um processo de medicalização da experiência de trânsito de gênero, que, orientada pela lógica das teorias psi, geraria uma inibição corporal, sendo o pênis parte central desse processo. Nesse circuito surgiriam as mulheres transexuais. (CARVALHO, 2018, p.18)

As delimitações, por fim, das categorias travestis e mulheres transexuais não são rígidas, e por se ancorarem num processo político faz com que muitas aquelas que se auto identificam como travestis o façam também por luta política e reconhecimento da importância histórica e social das travestis, além de quais modificações corporais fazem.

Dentro desse universo, a entrada da categoria homens trans foi mais recente, fruto do maior acesso às tecnologias de alterações corporais como também o avanço de tecnologias de comunicação, em especial virtual, por possibilitaram maior visibilidade das experiências de homens trans, destaca-se a história de João W. Nery, transativista brasileiro. A construção dessas masculinidades também é norteadas por marcadores de classe, se tornando importante para segurança de homens trans periféricos que não haja ambiguidade em sua expressão de

gênero. Nesse sentido, a vivência feminina e masculina da experiência trans não permite a mesma fluidez, pois a categoria homem é construída de tal forma que pequenos desvios já são o suficiente para sua exclusão (CARVALHO, 2018).

A fluidez existe, pois gênero não é uma experiência binária e sim um espectro que traz consigo inúmeras possibilidades, como haver sujeitos que se identificam com alguns traços masculinos sem se identificarem como homens, por exemplo, e, da mesma forma, podem ter traços femininos e não se colocarem como mulheres. O nome dado a esses indivíduos que se identificam para além da dicotomia homem/mulher é não-binário. Pinho e Reis (2016) refletem sobre essa vivência:

Nessa perspectiva, estão também todos os gêneros não-binários que, além de transgredirem à imposição social dada no nascimento, ultrapassam os limites dos polos e se fixam ou fluem em diversos pontos da linha que os liga, ou mesmo se distanciam da mesma. Ou seja, indivíduos que não serão exclusiva e totalmente mulher ou exclusiva e totalmente homem, mas que irão permear em diferentes formas de neutralidade, ambiguidade, multiplicidade, parcialidade, ageneridade, outrogeneridade, fluidez em suas identificações. (PINHO e REIS, 2016, p.14)

Se o gênero nem sempre se reflete numa realidade binária, os corpos também não. Pessoas intersexuais variam no padrão de corpo estabelecido, o que quer dizer que são pessoas que podem ter configurações cromossômicas, gônadas, hormônios, genitais diferentes do que se espera de um corpo dito feminino ou masculino. No passado, essas pessoas eram chamadas de hermafroditas e lidas com olhar patológico, no entanto, no presente:

O grupo composto por pessoas intersexuais tem-se mobilizado cada vez mais, a nível mundial, para que a intersexualidade não seja entendida como uma patologia, mas como uma variação, e para que não sejam submetidas, após o parto, a cirurgias ditas “reparadoras”, que as mutilam e moldam órgãos genitais que não necessariamente concordam com suas identidades de gênero ou orientações sexuais. (JESUS, 2012, p.25)

Enquanto a identidade de gênero diz a respeito do gênero em que a pessoa se identifica, a orientação sexual se refere a atração afetivo-sexual que as pessoas têm por outros, e as duas não são codependentes. Pessoas trans, assim com as cisgêneros, podem ser bissexuais, homossexuais, heterossexuais e diversas outras orientações sexuais:

Nem todas as pessoas trans são gays ou lésbicas, apesar de serem identificados como membros do mesmo grupo político, o de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT. Homossexuais se sentem atraídos por pessoas do mesmo gênero, e bissexuais por pessoas de qualquer gênero, o que não se relaciona com sua identidade de gênero, ou seja, não se questionam quanto a sua identidade como homens ou mulheres e ao gênero que lhes foi atribuído quando nasceram, ao contrário das pessoas transexuais e travestis. (JESUS, 2012, p.13)

Embora pessoas trans tenham sido as primeiras da sigla LGBT a embarcar na luta por direitos políticos e pelo direito de existirem tais como são, a letra T continua constantemente sendo vítima contumaz de todo tipo de violência. De acordo com a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), no boletim N° 002-2021, em 2020 houve um número recorde de assassinatos de mulheres trans e travestis, contabilizando 175 casos. Em 2021, só no primeiro semestre (de janeiro a junho), houve 80 assassinatos de pessoas trans, em sua maioria, o perfil das vítimas é negro e de expressão de gênero feminina, denunciando um cruzamento entre racismo, violência de gênero e transfobia. O que remete a importância de o conceito de gênero abarcar as relações de poder com suas diversas opressões, incluindo classe e raça.

Além dos assassinatos consumados, houve 33 tentativas e o que chama atenção, como evidenciado na pesquisa, são os requintes de crueldade presentes no crime. Há excesso e múltiplas formas de violência, como estupro, corpos incendiados, entre outros. O que leva a informação de que diferente do resto da população que tem uma expectativa de vida de 75 anos, pessoas trans possuem uma de 35 anos (ANTRA, 2021)¹.

Essa violência ganha caráter institucional e estrutural, pois os direitos mais básicos são negados a essa população não só nas esferas privadas como também nas públicas. Eles estão sujeitos ao abandono familiar, impossibilidade de escolarização e acesso à segurança pública, cultura, lazer, saúde e ao mercado de trabalho. Devido à própria fetichização dos corpos trans junto com essas múltiplas exclusões, muitas vezes é na prostituição que esses sujeitos encontrarão um meio para existir e se sustentar (PEDRA, 2018). O que mais uma vez retoma a questão das penalizações exposta por Louro (2008), Butler (2000) e Lanz (2014). Essas punições participam ativamente da construção do gênero e da sexualidade nas mais diversas instituições, começando pela instituição família, passando pela escola, igreja, órgãos legais e da saúde.

Os indivíduos cisgêneros aprendem que ser cis é um fenômeno absolutamente natural, fruto da genética, da natureza e não se questionam sobre suas condições de homem e mulher, mas, se assim fosse, qual seria a necessidade de tamanho controle em cima dos dissidentes? A vigilância que as instituições exercem como também suas penalizações sobre aqueles que transgridem as normas de gênero mais evidenciam a fragilidade dessas.

¹ É importante para compreensão que os dados supramencionados se referem aos assassinatos e tentativas de assassinato que ocorreram tendo como fator principal a expressão de gênero da vítima.

Evidentemente, não há nada de ‘natural’ num processo que, para ser mantido e reproduzido, requer um esforço imenso de ‘convencimento’ e controle, que é permanentemente exercido por instituições sociais como a família, a escola e o trabalho. É através de uma onipresente vigilância e terrorismo de gênero, muitas vezes exercidas de forma violenta, que as pessoas são mantidas confinadas dentro da camisa de força do dispositivo binário de gênero. Qualquer queixa ou questionamento quanto à propriedade do seu enquadramento no gênero ‘masculino’ ou ‘feminino’ pode custar à pessoa a sua própria permanência dentro do confortável, embora repressivo e escravizante sistema heteronormativo que rege o mundo cisgênero. Qualquer identidade de gênero - até mesmo as categorias oficiais homem e mulher - que apresentar algum tipo de transgressão em relação às normas de conduta do dispositivo binário de gênero - está numa condição de transgênero. (LANZ, 2014, p.254)

Dentre as instituições citadas, a que será de maior interesse a este trabalho e onde se situará esta pesquisa é a saúde, e em especial a saúde pública brasileira. Por isso, será tratado e apresentado no próximo capítulo o Sistema Único de Saúde Brasileiro.

CAPÍTULO 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO SUS

2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Nos anos 1970, eclodiu o Movimento Sanitário, buscando a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, equidade na oferta de serviços, protagonismo dos trabalhadores e usuários do serviço de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias do cuidado e em defesa da saúde coletiva. Em resposta, na Constituição de 1988, a saúde passa a ser reconhecida como direito social e inerente à condição de cidadão. Logo, cabe ao Estado garantir esse direito.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988)

Assim foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), formado pela articulação entre as gestões municipal, estadual e federal. A proposta do SUS parte da ideia central de que todas as pessoas têm direito à saúde, presumindo uma sociedade democrática movida por valores de equidade sem privilégios ou discriminações:

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado a condição de cidadania. Não depende do mérito de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos de caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios. Com a Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, isto é inerente à condição de cidadão. Assim coube ao poder público o encargo de garanti-lo: A saúde é direito de todos e dever do Estado (art.196). Essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988. (PAIM, 2009, p.28)

Mas que saúde é essa afinal que a Constituição dispõe? De acordo com a Organização Mundial de Saúde, ela é mais que ausência de doenças, mas um estado de bem-estar físico, social e mental. Distribuição de renda, emprego, salário, educação, cultura, lazer, previdência social, transporte, saneamento básico, todos são necessários para que haja saúde, pois ela engloba condições biopsicossociais que podem atrapalhar, reduzir ou tirar a qualidade de vida. Logo, falar de saúde é também falar da garantia de direitos, políticas públicas e não somente de uma assistência médica curativa.

O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação, tal como previsto pela carta magna permite, portanto, desenvolver uma atenção integral à saúde. Em vez de limitar a uma assistência médica curativa, o direito à saúde no Brasil estende-se à prevenção de doenças, ao controle de riscos e à promoção da saúde. Assim, as ações e serviços de saúde são de relevância pública. (PAIM, 2009, p.30)

A Constituição de 1988 garantiu o direito à saúde no Brasil, mas foi em 1990 que o SUS foi regulamentado através da lei número 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde.

A lei n. 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, isolada e conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Tem, portanto, uma abrangência grande. (PAIM, 2009, p.35)

Ela também determina quais são os princípios e diretrizes que norteiam o SUS:

- **Universalidade de acesso aos serviços de saúde:** “todas as pessoas, independentemente de diferença de classe, cor, raça, crença, etc., têm o direito de acesso ao sistema de saúde”;

- **Integralidade da assistência:** “as ações de saúde devem ser voltadas ao mesmo tempo para a proteção, a promoção e a recuperação, e o indivíduo deve ser concebido como ser humano integral nas suas necessidades físicas, psíquicas e sociais”;

- **Igualdade na assistência:** “todo cidadão é igual perante o sistema e deve ser atendido de acordo com suas necessidades, que são diferenciadas conforme sua posição social”;

- **Descentralização político-administrativa:** “por meio da municipalização”; Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde “com hierarquização da atenção” (SCARCELLI e JUNQUEIRA, 2011, p.345).

Uma outra característica importante para o funcionamento do SUS é que ele é dividido em níveis de atenção. Primeiro, há a atenção primária, conhecida como “porta de entrada”. Ela fornece um atendimento inicial e trata casos de baixa complexidade, além de atuar com a prevenção de doenças e encaminhar casos de maior complexidade. Estima-se que a maior parte dos casos que chegam ao Serviço de Saúde possam ser tratados nesse nível de atenção.

Pesquisas indicam que mais de 80% dos casos poderiam ser atendidos e resolvidos nos serviços básicos e no âmbito municipal. À atenção básica constitui o primeiro nível de atenção no interior do sistema de saúde engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É preferencialmente a porta de

entrada do sistema de saúde. A população tem acesso a especialidades básicas que são clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia. Equipes multiprofissionais de saúde também atuam nesse nível realizando ações promocionais e preventivas. (PAIM, 2009, p.39)

Paim (2009) discorre sobre os outros níveis de atendimento, explicando a funcionalidade de cada um. O de média complexidade inclui serviços que exigem profissionais especializados, recursos tecnológicos e apoio terapêutico e diagnóstico. Esses serviços compõem o Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI). São exemplos desse conjunto: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos ou outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia. Por fim há o atendimento de alta complexidade, que inclui procedimentos de alto custo e alta tecnologia.

Essa divisão é objeto de críticas por considerar de alta complexidade os casos de maior custo, pois como o próprio autor aponta, um problema emocional pode ser de alta complexidade.

Uma das críticas feitas a essa classificação MAC diz respeito ao equívoco de nela se considerar a atenção básica como de baixa complexidade. Portanto, não se deve confundir complexidade tecnológica com densidade tecnológica, derivada de uso de equipamentos sofisticados e caros que expressa, na realidade, era densidade de capital. Um cuidado a um problema emocional e uma visita domiciliar a uma família com vítima de violência doméstica podem ser tecnologicamente mais complexos que uma fisioterapia ou um procedimento de traumato-ortopedia. Ainda assim, por meio de um instrumento de planejamento denominado Programação Pactuada Integrada (PPI), utilizado anualmente sob a coordenação de secretarias estaduais de Saúde procura-se racionalizar o uso dos recursos assistenciais. Quando o município não possui todos os serviços de saúde, ele pactua (negocia e acerta) com as demais cidades de sua região a forma de atendimento integral à saúde de sua população. (PAIM, 2009, p.40)

No Art. 36 da lei Orgânica de Saúde (8.080/1990), foi determinado que os recursos do SUS adviriam dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (BRASIL, 1990, p.1). Essa instabilidade orçamentária no SUS é usada por gestores municipais, estaduais e da federação para deixar de destinar os recursos necessários à Saúde. Outro problema encontrado tem a ver com forma como o Brasil, um país de tamanho continental, é organizado através do federalismo, tornando laboriosa a aplicação da diretriz de descentralização tão cara para o bom funcionamento do SUS. Além disso, problemas como insuficiência nos quadros de pessoal, desarticulação entre os serviços, ausência de equipes multidisciplinares também se fazem presente (SCARCELLI e JUNQUEIRA, 2011).

Fazer essa reflexão é importante para compreender a atenção dada a pessoas trans no Brasil pelo Sistema de Saúde Público, pois muitos dos problemas que ali se configuram são

também encontrados no SUS em sua totalidade. Muitos desses problemas se relacionam com os recursos destinados e de forma geral com sua infraestrutura:

Trata-se, portanto, de problemas ligados à insuficiência de recursos na infraestrutura do sistema, particularmente no seu componente público. Essa parte mais aparente da realidade, captada pela população, deixa de ressaltar as desigualdades na oferta e no acesso aos serviços de saúde entre os distintos grupos sociais. Considerando que cerca de três quartos da população contam exclusivamente com o SUS, tal percepção evidencia a necessidade de investimentos na sua rede assistencial, para fortalecimento da sua estrutura. (PAIM, 2009, p.70)

Com todas essas dificuldades, o SUS deve ser visto não como um problema, mas como uma conquista do povo brasileiro que precisa ser mais bem trabalhada e desenvolvida, independente dos governos que entram ou que saem, através dos princípios e diretrizes definidos legalmente². A humanização da atenção de saúde é, portanto, um ganho que nunca deve ser esquecido na discussão de seus impasses e desafios.

Claro que o SUS tem muitos problemas, como analisaremos adiante. Mas somente falta de informação, má-fé, ideologia ou interesses contrários justificariam tantas distorções da análise da realidade, ao ponto de inverter relações de causa e efeito. O SUS em vez de ser apenas o problema, ou causa de tantos problemas poderia se transformar em solução. Mas, para tanto, precisa ser desenvolvido de acordo com seus princípios e diretrizes[...] (PAIM, 2009, p.47)

De acordo com Carvalho e Ceccim (2006), há alguns marcos importantes na saúde coletiva, e um deles é a valorização do social e da subjetividade. Isto significa dizer que a saúde coletiva tem como eixo norteador as necessidades sociais e se preocupa com a saúde do público como um todo, desde indivíduos a grupos étnicos, classes sociais, gerações e populações.

Há alguns marcos conceituais importantes da saúde coletiva: o cruzamento entre diferentes saberes e práticas; a ênfase à integralidade e equidade na lógica do SUS; a superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença, nos procedimentos, no especialismo e na orientação hospitalar); a valorização do social e da subjetividade; a valorização do cuidado e não só da prescrição; o estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde; a atenção à saúde organizada a partir da lógica de linhas do cuidado e não da doença; a crítica à medicalização e ao “mercado da cura”; entre outros princípios. (CARVALHO e CECCIM, 2006, p.03)

² Realidade aliás evidenciada com a Pandemia do COVID-19. Em matéria publicada no portal de notícias UOL, em setembro de 2020, foi noticiado que sete em cada dez brasileiros dependia do SUS. Além do tratamento através da campanha do SUS para vacinação, de acordo com publicação do Ministério da Saúde, 340 milhões de doses foram aplicadas (BRASIL, 2022) apesar das tentativas de desmontes do governo federal, como evidenciam Bousquat, Akerman, Mendes, Louvison, Frazão & Narvai (2021).

Logo, é possível pensar na saúde dos sujeitos e suas necessidades fora do modelo biomédico centrado na ideia de doença e sim olhando para suas subjetividades e como elas emergem do meio social, o que inclui a saúde de pessoas trans. É possível também pensar no processo de adoecimento através da exclusão e em como são formados ou não os laços com comunidade. No entanto, as origens do debate a respeito da saúde de pessoas trans originou-se dentro da patologização de suas identidades e demandas, como veremos a seguir.

2.1.1 Patologização e acesso à saúde pública pelas pessoas transexuais no Brasil

Na obra *História da Sexualidade*, Michel Foucault (1985) narra a constituição do discurso científico sobre o sexo. No século XVII, práticas consideradas ilegítimas, as sexualidades colocadas como obscenas, ainda eram toleradas, contudo, com a ascensão da burguesia essa passa a caber somente no quarto do casal de forma regulada com função de reprodução. A todas as outras, consideradas ilícitas, cabe a ocupar as casas de saúde, onde elas possam ao menos dar lucro. O saber psiquiátrico do século XIX constituiu-se em cima da psiquiatrização do prazer e construindo uma semiologia dos comportamentos considerados anormais. A *scientia sexualis* era obediente à pureza moral, os degenerados eram por ela colocados como perigosos a sociedade e deveriam ser eliminados.

A psiquiatria em especial será o carro-chefe da ciência sexual neste período. Com o fim concreto e oficial das prisões calabouço e Casas de Trabalho (ou Hospitais Gerais) associadas ao Antigo Regime e a consolidação da força político-econômica das prisões e manicômios modernos, o objetivo principal destes primeiros estudos sobre a sexualidade é auxiliar o campo jurídico a definir onde os antigos “sodomitas” ou “libertinos”, agora “degenerados sexuais”, deverão ser presos: na cadeia ou no hospício”. (LEITE JR, 2008, p.82)

Um dos representantes dessa *scientia sexualis* foi o psiquiatra alemão Von Kraft-Ebing que em 1886 publicou a obra chamada *Psychopathia Sexualis*, onde catalogou e descreveu as chamadas “perversões”, ou seja, como já mencionado, tudo aquilo que fugia da função reprodutiva do sexo. Lá se encontra a primeira referência a transexualidade:

Mas o caso mais importante de Krafft-Ebing para este estudo talvez seja o de número 129, o *estágio de transição para a ilusão de mudança sexual*, conhecido a partir da segunda metade do século XX como uma das autobiografias mais completas e antigas sobre “transexuais”. Cabe ressaltar que o conceito de “transexualidade” ainda não havia sido criado. Para o autor de *Psychopathia Sexualis* este é o exemplo de um tipo de alucinação que faz a pessoa crer que está em um corpo sexual errado. É a história de um homem nascido na Hungria que, após a adolescência, passa a se sentir e viver como uma mulher, e assim acredita que o é. A descrição em tom autobiográfico é

quase um roteiro do que serão as futuras narrativas das pessoas chamadas transexuais. (LEITE JR, 2008, p.92)

Ainda que a experiência transexual já fosse encontrada na literatura médica do século XIX, somente em 1910 foi cunhado o termo “transexualismo” pelo psicólogo e médico Magnus Hirschfield no livro *Die Transvestiten*.

Essa nova categoria clínica se distinguia das categorias já criadas, como o homossexual, e colocava o travesti como aquele se vestia com roupas do sexo oposto por questões eróticas. No entanto, o interesse do médico não era no exterior, mas nas condições psíquicas por trás desse impulso. Já em 1949, o D. O. Cauldwell, ao avaliar o caso de um transexual masculino, em referência a obra de Krafft-Ebing, cunha o termo “*psychopathia transexualis*” para nomear o que ele considerou um desvio sexual raro (LEITE JR, 2008).

Os estudos sobre o então transexualismo se multiplicaram no século XX, mas foi somente em 1952 que o debate ganhou a mídia com a cirurgia de Christina Jorgensen, realizada por Christian Hamburger³. O fato de Christine ser um ex-soldado americano, o que era visto como o auge da masculinidade, torna a história intrigante e um prato cheio para as revistas, desde as científicas até as mais sensacionalistas, elevando-a ao status de celebridade.

Os jornalistas procuravam as “falhas” na sua feminilidade, enquanto buscavam descobrir seus traços masculinos. Da mesma forma, a imprensa queria saber até onde ela era um homem homossexual extremamente afeminado ou um caso de intersexualidade. Sua sexualidade também era fundamental para as matérias feitas sobre o tema. Ela estava namorando? Eravirgem? Que tipo de homem poderia se interessar afetivamente por ela? E em todos estes debates, mantinha-se, como até hoje, o insistente hábito de chamá-la no masculino. Aproveitando-se da fama, Christine tentou nos anos seguintes guiar o melhor possível a maneira com que a mídia a abordava, tentando não apenas ser protagonista, mas também diretora de sua própria vida espetacularizada. (LEITE JR, 2008, p.137)

Os debates em torno de Christine tiveram um impacto na forma que a transexualidade era pensada na época e a cirurgia começa ser vista como o tratamento adequado no meio científico por alguns pesquisadores, como colocam Aran, Murta e Lionço (2009), dentre deles se destacam Harry Benjamin, John Money e o Robert Stoller.

Harry Benjamin foi um endocrinologista alemão que estudou a transexualidade e se opôs aos profissionais da saúde mental e, em especial, à psicanálise e suas formas de tratamento de pessoas transsexuais. Murta (2007) aponta que ele visualizava o sexo como mais que a diferença

³ Embora a cirurgia de Christina Jorgensen tenha sido um marco, não foi a primeira cirurgia do que era então conhecido como mudança de sexo. Essa ocorreu em 1921 na Alemanha e foi realizada por Felix Abraham.

anatômica e propunha que esse era composto pelo sexo cromossômico, genético, morfológico, genital, germinal, endócrino, gonádico, social, legal e psicológico. Para ele, feminino e masculino são características herdadas e produtos do sexo endócrino, que todos os indivíduos possuem, sendo que o que definirá o sexo será a predominância desses em conjunto com o meio social. Entre todos esses, para o pesquisador, apenas o sexo genético não podia ser modificado com procedimentos cirúrgicos e hormonais, além disso, o sexo psicológico seria o mais flexível.

Quando o sexo psicológico entrava em discordância com os outros, seria conflituoso e, nesse caso, estaria incluso no campo da patologia. Baseado na escala de Kinsey⁴, criou a Escala de Orientação Sexual, que continha seis tipos diferentes de travestismos e transexualismo, classificados em ordem do mais leve ao mais grave.

Como apontado por Murta (2007), ele localizava o “verdadeiro transexual” nos casos mais severos, aqueles em que os órgãos genitais eram fonte de ódio e tristeza e o conflito só podia ser sanado com a cirurgia de “mudança de sexo”. Apoiando-se nas teorias neurocerebrais para explicar as origens da figura do verdadeiro transexual, ele influenciou a forma que a transexualidade foi estudada e tratada:

Diante de tais concepções, Benjamin sustentou o argumento de que só as intervenções cirúrgicas aliadas à utilização de hormônios têm 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. (MURTA, 2007, p.34)

Outra referência nas pesquisas sobre transexualidade foi o psicólogo John Money. Em seus estudos, ele propôs que a educação forjava o gênero nos primeiros anos de vida e foi o responsável por cunhar o termo “identidade de gênero”. Segundo Löwy (2019), ainda que afirmasse que o gênero prevalecia sobre o sexo, foi muito criticado pelas feministas, pois carregava uma visão de masculinidade e feminilidade estereotipada, partia de uma presunção de uma heterossexualidade natural e não aceitava qualquer tipo de ambiguidade em seu trabalho com pessoas intersexuais, inclusive propondo extingui-la. Apesar disso, suas teses contribuíram para a construção de um campo teórico-assistencial da transexualidade (MURTA, 2007).

Já o psicanalista Robert Stoller acreditava que havia uma falha no processo de individuação da criança que possibilitava a identificação com o sexo oposto ao seu que levaria

⁴ Métrica criada pelo biólogo Alfred Kinsey no final da década de 1940 que situava a sexualidade numa escala entre homossexual e heterossexual (MAIA, 2021).

a se tornar transexual. A criança e a mãe teriam uma relação simbiótica sem uma força masculina que a interrompesse, o pai não interfere na relação. Embora ele visse a transexualidade como uma patologia, não a via como psicose, que era a forma que a psicanálise a enxergava até então (COSSI, 2014).

Compreender esses autores e a forma como viam a transexualidade é importante para compreender a psiquiatrização da transexualidade e o como ela se tornou um problema médico-legal. Com o aumento das demandas de intervenção médica e pedidos de redefinição do sexo civil, houve a necessidade de normatizar esses procedimentos e criar-se protocolos.

Em 1972, foi fundamentada, por Norman Fisk, uma nosografia psiquiátrica, ancorada no autodiagnóstico, do então transexualismo. Em 1977, esse foi incorporado à categoria psiquiátrica Disforia de Gênero:

Esta denominação, que designa a insatisfação decorrente da discordância entre o sexo biológico e a identidade sexual de um 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. (MURTA, 2007, p.36)

Já em 1980, o transexualismo foi incluso no DSM⁵-III como Transtorno de Identidade de Gênero, sendo necessário para o diagnóstico uma incongruência entre o sexo anatômico e a identidade de gênero. Também era observado se essa inadequação persistia por pelo menos dois anos, além do desejo de modificações corporais. Em 1994, no DSM-IV, a categoria diagnóstica foi ampliada e alguns critérios estabelecidos. Dentre esses critérios encontrava-se o sofrimento psíquico e prejuízo funcional em diversas áreas da vida do indivíduo. Em ambos os casos, a incongruência era percebida de acordo com o comportamento das pessoas trans que era avaliado de acordo com estereótipos de gênero e não permitia ambiguidades, sendo a própria condição física intersexual um dos critérios de exclusão do DSM-IV. Além disso, o sofrimento mencionado era situado no próprio indivíduo e sua “patologia” e desconsiderado como era tratado pela sociedade (PREU e BRITO, 2019).

Em 2013, foi publicado o DSM-V, onde ocorreram algumas transformações, entre elas uma troca de nomenclatura de Transtorno de Identidade de Gênero para Disforia de Gênero⁶ que passa a ser definida como:

⁵ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

⁶ Recordando que o termo “disforia de gênero” não é em si uma nomenclatura nova tendo vista ter sido já utilizada na Psiquiatria no passado, como mencionado anteriormente nesta pesquisa.

Disforia de gênero refere-se ao sofrimento que pode acompanhar a incongruência entre o gênero experimentado ou expresso e o gênero designado de uma pessoa. Embora essa incongruência não cause desconforto em todos os indivíduos, muitos acabam sofrendo se as intervenções físicas desejadas por meio de hormônios e/ou de cirurgia não estão disponíveis. O termo atual é mais descritivo do que o termo anterior transtorno de identidade de gênero, do DSM-IV, e foca a disforia como um problema clínico, e não como identidade por si própria. (DSM-V, 2014, p.451)

Houve mudanças interessantes no DSM-V, como constar a possibilidade de uma identificação além de “homem” e “mulher”, ou seja, existências que fogem do binarismo, o reconhecimento de culturas diferentes em que existem outras identidades de gêneros e ele também trouxe mais dados estatísticos advindos de estudos. Entretanto, os critérios para o diagnóstico de Disforia de Gênero continuam em grande parte os mesmos que Transtorno de Identidade de Gênero juntamente com algumas perspectivas estereotipadas de gênero.

Brincar de boneca, casinha, usar vestidos e ter amigas mulheres são vistos como comportamentos tipicamente femininos, ao mesmo tempo que preferir esportes e brincadeiras agressivas, como também a companhia de meninos, seriam comportamentos tipicamente masculinos. Essas noções estereotipadas não só são usadas como critério diagnósticos como evidenciam o que se é esperado de homens e mulheres, implicando que o que não se encaixa seriam desvios, logo, anormal (PREU e BRITO, 2019). O Manual chega a dizer que meninas com disforia de gênero “preferem usar roupas e cortes de cabelo de meninos”, o que pode suscitar a pergunta: afinal, qual seria um corte de cabelo de menino? E de menina?

Ademais, ainda que o Manual reconheça a exclusão e violência sofrida por esses sujeitos, segue localizando nesses e em sua disforia a fonte de seu sofrimento. Segue, portanto, na tradição dos que vieram anteriormente, patologizando a transexualidade.

Um ponto levantado por Preu e Brito (2019), através do uso da epistemologia de Butler, é que não só segue patologizada a transexualidade no DSM-V como também a homossexualidade: de acordo com o Manual, as crianças que sofrem com disforia de gênero quase sempre vão sentir atração pelos indivíduos do “seu sexo de nascimento” e, no caso de a disforia de gênero não persistir, essas se tornarão homossexuais:

No caso de crianças do sexo masculino ao nascimento cuja disforia de gênero não persiste, a maioria é andrófila (sente atração física por homens) e frequentemente identifica a si mesmo como gay ou homossexual (variando de 63 a 100%). No caso de crianças do sexo feminino ao nascimento cuja disforia de gênero não persiste, o percentual de ginecófilas (sentem atração física por mulheres) e que identificam a si mesmas como lésbicas é menor (variando de 32 a 50%). (DSM-V, 2014, p 456)

Ou seja, considera-se que em algum momento homossexuais foram disfóricos de gênero, assim como os transexuais continuam o sendo. Embora o foco deste trabalho seja a transexualidade, notar como a homossexualidade continua sutilmente presente no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais é particularmente importante para evidenciar a rigidez das normas de gênero: tudo que for visto como um desvio está passível de ser patologizado.

Da mesma forma como aconteceu na Europa e nos Estados Unidos, a transexualidade se tornou debate em solo brasileiro também através de uma cirurgia de readequação. A primeira cirurgia de transgenitalização foi feita na cidade de São Paulo pelo médico Roberto Farina em 1971. Ele respondeu judicialmente, sendo absolvido posteriormente, pois naquela época o Conselho Federal de Medicina (CFM) considerou o ato como lesão corporal. Apenas em 1997 foi aprovada pelo CFM, através da resolução 1.498/97, a realização de cirurgias de readequação em caráter experimental nos hospitais públicos e universitários do país. Até então a compreensão legal e do Conselho de Medicina era que essas cirurgias eram uma mutilação (ALMEIDA e MURTA, 2013).

Já em 2005, ocorreu a I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Assistência Pública pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), onde foram discutidas por profissionais, usuários, gestores e pesquisadores as primeiras recomendações para a sistematização de serviços públicos de assistência integral aos transexuais no âmbito da Saúde e Justiça. Essas recomendações serviram na elaboração de políticas públicas para pessoas trans no Brasil (ALMEIDA E MURTA, 2013).

Em decorrência, o Ministério da Saúde em 2008 instituiu o processo transexualizador no âmbito do SUS através da Portaria 1.707 (BRASIL, 2008).

Em 2011, o Ministério da Saúde implantou a portaria de nº 2.836 que instituiu no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2011). O SUS entende que esse atendimento deve ser abordado na esfera da integralidade da atenção, pois a Carta de Direitos dos/as Usuários/as da Saúde de 2006 já garantia o atendimento humanizado e livre de discriminação por identidade de gênero e orientação sexual. Este marco normativo orienta para que a atenção prestada a transexuais seja integral e não somente focada no procedimento cirúrgico, humanizada, livre de discriminações e priorize a dignidade humana.

Em 2013, foi publicada a portaria nº 2.803 redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

As práticas de saúde voltadas para pessoas trans no SUS caminham em conformidade com as Normas de Atenção criadas pela World Professional Association for Transgender Health (WPATH), uma organização internacional criada em 1979 com o intuito de prover pesquisas, evidências e orientações a profissionais da saúde, como também a políticas públicas visando o cuidado da saúde e o respeito a pessoas trans:

Uma das principais funções da WPATH é promover os mais altos padrões de assistência à saúde das pessoas, por meio do desenvolvimento das Normas de Atenção (NDA) à Saúde das Pessoas Trans e com Variabilidade de Gênero. As NDA são baseadas na melhor informação científica disponível e no consenso profissional especializado. A maioria das pesquisas e experiências nesse campo vem da América do Norte e Europa Ocidental e, por isso, é necessário adaptar as NDA a outras partes do mundo. Esta versão das NDA inclui sugestões de como abordar a relatividade e a competência culturais. O objetivo geral das NDA é fornecer uma orientação clínica para profissionais de saúde ajudarem pessoas trans e com variabilidade de gênero a transitarem por caminhos seguros e eficazes para alcançar um conforto pessoal duradouro com suas identidades de gênero, a fim de maximizar sua saúde de modo geral, seu bem-estar psicológico e sua realização pessoal. Essa assistência pode incluir cuidados de saúde primários, atendimento ginecológico e urológico, opções reprodutivas, terapias de voz e comunicação, serviços de saúde mental (por exemplo, avaliação, aconselhamento e psicoterapia) e tratamentos hormonais e cirúrgicos. (WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH, 2012)

É oferecida no SUS a Atenção Especializada no Processo Transexualizador, que inclui acompanhamento clínico, pré e pós-operatório e a hormonioterapia. As equipes de saúde são multidisciplinares, contendo psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, endocrinologistas psiquiatras e médicos clínicos. Na área de cirurgia e acompanhamento pré e pós-operatório há também a presença de equipes de saúde formadas por cirurgiões plásticos, ginecologistas e urologistas.

Embora a instauração do Processo Transexualizador no SUS seja um grande avanço, é importante lembrar que há claras limitações, como o fato de não haver uma base normativa definida por lei, a limitação de recursos financeiros para o atendimento de uma demanda cada vez maior e a dificuldade do acesso pelos usuários, pois os atendimentos costumam ser centralizados nas regiões Sul e Sudeste. Além disso, apesar dos esforços do SUS, ao instituir através de portarias e a Carta de Direito aos Usuários um atendimento livre de discriminação, infelizmente pessoas trans ainda passam situações vexatórias ao buscar atendimento através do SUS, o que gera absenteísmo e abandono dos tratamentos (ROCON [et al], 2019).

Também é mencionado por Favero e Souza (2019) que, dentre esses documentos que normatizam as políticas públicas voltadas para pessoas trans, alguns refletem as determinações encontradas no DSM-5, como por exemplo a obrigatoriedade de acompanhamento por dois anos pelos profissionais de saúde.

A mudança mais recente em relação à forma como é encarada a transexualidade ocorreu em 18 de junho de 2018. A Organização Mundial de Saúde retirou a transexualidade da lista de doenças mentais na nova versão da Classificação Internacional de Doenças (CID- 11), embora ela continue no CID como incongruência de gênero. A razão alegada pela organização de manter no CID a transgeneridade é que, embora não seja doença, a instituição acredita que assim os cuidados de saúde a essa população possa ser oferecida de forma melhor.

Também em 2018 houve uma mudança de extrema importância para garantir a dignidade e cidadania de pessoas trans. Os ministros do Supremo Tribunal Federal decidiram que transgêneros não necessitarão mais da abertura de processos jurídicos para alterar seu nome e sexo. Para regulamentar seus documentos basta agora visitar um cartório e solicitar as modificações (FAVERO e SOUZA, 2019).

Há múltiplos fatores no fenômeno trans, e com eles múltiplos discursos advindos de diferentes instituições e pessoas. A psicologia se insere no meio dessas tensões, carregada também de discursos que nem sempre convergem entre si. O lugar do psicólogo ainda está sendo delineado, como também suas práticas.

Nesse sentido, diante da lacuna entre o profissional de psicologia e pessoas trans em busca de atendimento, o Conselho Federal de Psicologia se pronunciou em 2018, publicando a Resolução CFP 01/2018. A resolução, aprovada por unanimidade, traz orientações sobre as práticas profissionais dos psicólogos em relação à transexualidade, determinando entre outras coisas que os profissionais atuem contra a transfobia. Ela também impede que seja feito uso de instrumentos ou técnicas psicológicas de forma a contribuir para a discriminação.

As psicólogas e os psicólogos, no exercício profissional, não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização das pessoas transexuais e travestis. Parágrafo único: As psicólogas e os psicólogos, na sua prática profissional, reconhecerão e legitimarão a autodeterminação das pessoas transexuais e travestis em relação às suas identidades de gênero. Art. 8º - É vedado às psicólogas e aos psicólogos, na sua prática profissional, propor, realizar ou colaborar, sob uma perspectiva patologizante, com eventos ou serviços privados, públicos, institucionais, comunitários ou promocionais que visem a terapias de conversão, reversão, readequação ou reorientação de identidade de gênero das pessoas transexuais e travestis. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018)

No documento, o Conselho reafirma seu compromisso com os direitos humanos e também estabelece limitações não só de técnicas, mas qualquer espécie de fomentação de preconceito contra essa categoria.

Com o decorrer desse capítulo, avistamos que transexualidade como categoria e a forma que se insere no debate da saúde mental mudou. De acordo com Favero e Souza (2019), gênero e sexualidade no século XX se tornaram temas de grande valia a psicologia e as feminilidades e masculinidades, juntamente com suas transformações, são cotidianamente discutidas. No entanto, os que transitam entre gênero continuam sendo vistos como interesse dos consultórios. Dessa forma, Favero e Souza (2019) consideram que o CFP tem se posicionado de forma ambivalente, sendo incisivo e comprometido com o encerramento da patologização das identidades trans ao mesmo tempo que continua mantendo o psicólogo com o avaliador e na concepção da autora. Se há algo a ser avaliado, “pressupõe-se que existe um diagnóstico e um prognóstico em jogo”. Ainda sobre a resolução, a autora coloca:

Expressões como “diagnóstico”, “laudo” e “parecer” não foram encontradas na resolução nº 01/18. Todavia, os últimos artigos do documento reforçam o combate à patologização das transexualidades e travestilidades. É um dado que traz alguns vestígios do lugar que o diagnóstico tem ocupado dentro das disputas pela despatologização. Ele não aparece. E embora existam dez artigos que, em determinados momentos, reafirmam uns aos outros, não aparenta existir espaço para um posicionamento contra a produção investigativa, avaliativa e descritiva que é a diagnóstica. Assim, então, o diagnóstico circula de maneira sorrateira, pois embora seja de conhecimento comum dentro das áreas da Saúde que ele diz respeito ao desfecho, resultado e conclusão dos processos transexualizadores, tal diagnóstico incrivelmente dispensa apresentações. (FAVEIRO e SOUZA, 2019, p.312)

Para compreender a dinâmica dos diagnósticos nos serviços de saúde voltados para pessoas trans, será apresentado o funcionamento do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais.

2.1.2 Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais

Se é dever do Estado proporcionar atenção em saúde, e visto que a saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é entendida como além da ausência de doença, mas também bem-estar, é possível aferir que é dever do Estado proporcionar atenção integral a pessoas trans – que sofrem além de uma questão anatômica, mas pela discriminação gerada por suas identidades, impossibilitando-as de exercerem sua cidadania. Como resultado, em 2008, o

Ministério da Saúde instituiu pela Portaria 1.707 o processo transexualizador, procurando atender as demandas de Saúde da população trans. Em 2009, a Secretária Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) toma iniciativa e cria o Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais (ASITT).

Sabendo-se que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores reconhecidos pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por exporem a população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão que violam seus direitos humanos, entre os quais os direitos à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento da personalidade, a SES-SP vem desenvolvendo estratégias e ações visando o aprimoramento da atenção a esta população e buscando enfrentar os desafios que se apresentam. (GIANNA, 2011, p.184)

Foi levada em consideração para a criação desse serviço a Carta de Direito dos Usuários de saúde que foi instituída pela portaria nº 675/GM de 6 de março de 2006, a qual afirma ser o atendimento humanizado e não discriminatório um direito da população, inclusive a população LGBT. Também teve papel nessa criação a necessidade de atender integralmente pessoas trans, tendo em vista suas especificidades e o conhecimento adquirido na atuação junto a essa população pelo Centro de Referência e Treinamento DST/Aids (CRT-DST/Aids-SP).

Para a criação do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais e a definição de sua localização junto ao Ambulatório de DST do CRT-DST/Aids, a Secretaria de Estado da Saúde-SP levou em consideração: a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, instituída pela Portaria nº 675/GM, de 3 de março de 2006, a qual menciona, explicitamente, o direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS); que a travestilidade e a transexualidade devem ser abordadas dentro da integralidade da atenção à saúde preconizada e a ser prestada pelo SUS, considerando as demandas colocadas para o setor saúde durante a ^a Conferência LGBT do Estado de São Paulo, realizada de a 3 de abril de 2008, que mostram a necessidade de se promover e qualificar o acesso de travestis e transexuais aos serviços de saúde, ao atendimento humanizado e com atenção para suas especificidades; O acúmulo de conhecimentos e a experiência concreta de atuação junto a estes grupos ao longo de mais de 20 anos no CRT-DST/Aids-SP, o que possibilita constituir uma equipe multidisciplinar sensibilizada para as temáticas. (GIANNA, 2011, p.185)

A implementação desse serviço, embora fundamental e transformadora, teve seus desafios. Um deles foi a instauração do Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais pelo Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, já que houve preocupação sobre se a localização confirmaria e aumentaria o preconceito e estigma já existentes. Além disso, o fato de ser uma população numerosa a que buscava atendimento para um único serviço. Dessa forma, foi fundamental firmar parcerias institucionais para que essa população pudesse

ser encaminhada e também para sistematizar como ela seria atendida. Instituições como o Hospital das Clínicas e Hospital Estadual de Diadema fizeram parte desse processo.

Várias medidas foram adotadas antes e durante o processo de implantação do ambulatório. Um dos primeiros passos foi a busca de parceiros que representam o movimento LGBTT, para discutir preocupações referentes à localização do ambulatório dentro de um serviço de HIV/Aids, no intuito de não reforçar a discriminação já existente. Neste processo, o envolvimento do Centro de Referência da Diversidade (CRD) foi fundamental. Outro passo essencial foi a construção de parcerias institucionais, para garantir a ampliação da cirurgia de redesignação sexual, estruturação de referência para procedimento de redução de danos (uso inadequado de silicone industrial) e inclusão da população de travestis aos procedimentos de adequação à identidade de gênero. (GIANNA, 2011, p.185)

Também em parceria com o Conselho Regional de Medicina foi criado um protocolo de cuidados à saúde integral para travestis, de forma a garantir a ética nos atendimentos. Uma série de documentos foram feitos para respaldo legal do compromisso firmado.

Para regulamentar o atendimento específico a travestis, no que diz respeito à adequação à identidade de gênero, foram realizadas discussões com o Conselho Regional de Medicina, que resultaram na elaboração e publicação de uma resolução (Cremesp nº 208, de 27/10/2009, Anexo 1), que garante o respaldo ético e legal junto à comunidade médica, para atendimento da população de travestis. A partir desta resolução, o CRT DST/Aids-SP publicou um protocolo de cuidados à saúde integral para travestis (Portaria CCD/CRT nº a-1, de 27/01/2010). (GIANNA, 2011, p.185)

Depois dos preparos tomados, no dia 09/06/2009 foi inaugurado o serviço. Institucionalmente, houve cuidado com a adoção dos nomes sociais nos prontuários e com a presença de banheiros de uso universal. Nas solicitações de exame, embora ainda haja o nome de registro devido ao Cartão do SUS ser registrado pelo CPF, consta também o nome social. Tratando-se da formação da equipe multidisciplinar foram feitos debates, exibições de filmes e palestras para preparar e sensibilizar os profissionais para os cuidados com as pessoas trans. Foi definido um horário de atendimento para novos casos (14h às 20h) e para atendimento psicoterápico e retornos (14h às 21h). Todas essas medidas foram tomadas buscando garantir os direitos legais, respeito e dignidade das pessoas trans que viriam a ser usuárias do serviço (GIANNA, 2011).

Em confluência com a portaria 1.707, que instaurou o Processo Transexualizador, são disponibilizados no Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais os procedimentos e avaliações médicos, psiquiátricos, urológicos, endocrinológicos, proctológicos, sociais e psicológicos como também acolhimento.

O ponto de partida dos usuários que buscam esse serviço é o acolhimento. Nesse primeiro momento o usuário será orientado em relação ao uso de hormônio, próteses, cirurgias,

silicone, prevenção a DSTs e será fornecida assistência jurídica. Tudo isso envolve um processo sigiloso e livre de discriminações ou preconceitos. Esse momento é fundamental para escutar as demandas do usuário e para estabelecer um vínculo sólido baseado na confiança que permite um melhor atendimento, como previsto nos princípios do SUS.

O atendimento deverá ser realizado com respeito, individualidade, sigilo, privacidade, sem preconceito e julgamento, respeitando-se a identidade de gênero, por meio do uso do nome social, o qual deve constar nas etiquetas e na capa do prontuário. Durante o acolhimento, o (a) usuário (a) será orientado (a) em relação ao uso de silicone, hormônios, próteses, cirurgias, prevenção às DST/HIV e assessoria jurídica. (GIANNA, 2011, p.186)

Na avaliação social, o assistente social irá intervir junto aos aspectos econômicos e socioculturais, possibilitando maior entendimento do usuário sobre seus direitos e realizará encaminhamentos de acordo com possíveis riscos que o usuário passa. Adquirindo informações e escutando as demandas, o assistente social poderá promover ações voltadas para a inclusão do usuário nos espaços sociais.

O papel do assistente social no atendimento à população de travestis e transexuais consiste em orientar o usuário, no sentido de identificar recursos e fazer uso dos mesmos no entendimento e na defesa de seus direitos, intervir junto aos aspectos socioculturais e econômicos que reduzem a eficácia dos serviços no setor saúde, no campo da promoção, proteção e recuperação da saúde, e realizar orientação quanto ao uso de hormonioterapia, seus resultados e riscos, assim como as complicações decorrentes do uso do silicone industrial. Além disso, cabe a este profissional encaminhar o usuário para avaliação e/ou retirada de silicone industrial, realizar avaliação de risco para DST/Aids, orientar sobre sexo seguro, ofertar insumos (preservativos, gel e lubrificante), sorologia para HIV, hepatites B e C e sífilis e reconhecer a dinâmica relacional do usuário, por meio do diagnóstico social, obtido a partir do preenchimento de ficha. (GIANNA, 2011, p.186)

Todos os usuários são encaminhados para uma consulta médica com o clínico geral, onde é solicitado que preencham uma ficha constando as seguintes informações: suas motivações que o fizeram ir até o serviço, se faz uso de hormônio, se tem silicone, se é portador de alguma DST, antecedentes familiares e aspectos psicológicos. São também solicitados exames de rotina ou outros, dependendo da necessidade. Os que manifestam desejo de realizar cirurgia de redesignação sexual são encaminhados à psicoterapia e aqueles que porventura necessitem são encaminhados a outras especialidades (GIANNA, 2011).

Dentre as avaliações médicas que são fornecidas aos usuários há a avaliação endocrinológica para aqueles que já usam ou desejam usar hormônios:

A prescrição de hormônios femininos consiste na utilização de estrógenos conjugados na dose de 0,625 a 1,25mg/dia, isoladamente ou associados ao acetato de ciproterona, na dose de 50mg/dia. Em cada consulta, serão avaliados o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, os exames laboratoriais (LH, FSH, testosterona,

estradiol, prolactina, enzimas hepáticas, hemograma completo, perfil lipídico, coagulograma) e exames de imagem: ultrassom de mamas anualmente; densitometria óssea a cada dois anos e dosagem de PSA para pacientes acima de 50 anos. O hormônio masculino prescrito é o cipionato de testosterona (Deposteron®), que deve ser aplicado por via intramuscular a cada 15 a 21 dias. Avalia-se periodicamente o surgimento dos caracteres sexuais masculinos e de efeitos colaterais. Os níveis de testosterona, LH e FSH devem ser avaliados no último dia do intervalo das aplicações para se determinar a dose ideal a ser aplicada. Para pacientes com mais de 40 anos, devem ser realizadas medidas de PSA e exames urológicos. (GIANNA, 2011, p.187)

É oferecida rotineiramente avaliação urológica:

O urologista realizará avaliações relacionadas a intercorrências geniturinárias (infecção urinária, alterações prostáticas, disfunção erétil), traumas relacionados às práticas e/ou violências sexuais, entre outros, bem como diagnósticos diferenciais, ações de prevenção das neoplasias renais, vesicais e, principalmente, as penianas e prostáticas e prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. A avaliação urológica deve ser oferecida rotineiramente uma vez por ano, na ausência de queixas relacionadas. (GIANNA, 2011, p.187)

E avaliação proctológica:

O médico proctologista realizará diagnóstico e orientará tratamento de doenças relacionadas às práticas sexuais anais. Também fornecerá informações sobre prevenção à saúde anal e neoplasias anorretais, por meio da anuscopia e citologia oncológica. (GIANNA, 2011, p.187)

Dentre os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar há o fonoaudiólogo para trabalhar a tonalidade da voz dos usuários, tendo como foco a possibilidade de modular a voz de quem busca essa atenção.

O principal objetivo deste atendimento é a possibilidade de modulação da voz. A fonoaudióloga utiliza-se de poesia, para trabalhar tons femininos e masculinos da voz, de forma natural, sem consequências para o aparelho fonador. (GIANNA, 2011, p.188)

No que diz respeito à saúde mental, há na equipe que compõe o serviço psiquiatras e psicólogos. Quando há encaminhamento para o psiquiatra ele realiza uma avaliação para averiguar possíveis morbidades que atrapalhem na tomada de decisão dos usuários, focada mais em possíveis diagnósticos psiquiátricos. Já dentro da perspectiva psicológica, o ambulatório trabalha considerando a marginalização e exclusão como componentes para qualquer adoecimento psicológico que essa população atravessa, dentro de parâmetros próximos daquele instaurados pelo conselho de psicologia e associações internacionais de cuidado e atenção à saúde trans. As abordagens são construídas buscando ressignificar as mensagens sociais internalizadas que causam, além do sofrimento, uma possível repetição de processos destrutivos (GIANNA, 2011).

A perspectiva de atenção psicológica no contexto da população travesti e transexual deve considerar, em sua organização e estratégias de abordagens, o fato de se tratar de

grupo vitimizado socialmente pelas condições impostas pelo estigma, bem como, em alguns casos, o sofrimento psíquico causado pelo sentimento de inadequação entre o gênero biológico/anatômico e o psicossocial. O estigma, por si só, já é responsável por um aumento da predisposição ao isolamento e quadros que podem levar à depressão, na medida em que o seu efeito atua na construção de uma autorrepresentação de sujeito de menor valia, fato que ilumina todos os laços sociais do sujeito em questão. Nestes casos, pode-se observar um importante rebaixamento da autoestima e do autocuidado, além de grande dificuldade para frequentar os serviços públicos, de modo geral, e os de saúde, em particular, por receio da discriminação e exposição excessiva e constrangimento. (GIANNA, 2011, p.186)

Gianna (2011) explica que os atendimentos oferecidos são divididos em dois: individuais e em grupo. Nos individuais, são realizadas em torno de seis sessões para que se avalie conjuntamente com o usuário o prosseguimento ou uma nova abordagem. Já os atendimentos em grupo são formados posteriormente a algumas sessões individuais e costumam ter como tema aquilo que surge espontaneamente nas sessões.

Dentre as motivações para o acesso ao Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais, indicação para terapia hormonal, retirada de silicone industrial e a possibilidade de realizar a cirurgia de redesignação sexual foram as principais apontadas (GIANNA, 2011).

Nesta pesquisa, o foco será nos atendimentos psicológicos, que serão aprofundados e discutidos posteriormente.

CAPÍTULO 3: REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A psicologia social de Pichon-Rivière

Como referencial teórico para discussão final será adotada a psicologia social de Pichon-Rivière, pois, ao adotar seu método de investigação, é possível ter uma visão amplificada dos múltiplos aspectos envolvidos na leitura dos problemas sociais. Logo, permite uma reflexão consistente sobre a atenção integral de saúde no sistema público voltada para pessoas trans, porque esta questão longe de ter uma única face, insere-se no campo das instituições, no campo do subjetivo e na concretude material, da vida dessas pessoas que apresentam uma situação, normalmente de extrema e urgente vulnerabilidade.

A partir do esquema conceitual pichoniano, é possível desenvolver um tipo de leitura dos problemas sociais emergentes no processo de trabalho, considerando seus aspectos subjetivos, baseando-se em uma perspectiva multidimensional. As três propostas por Pichon-Rivière em sua análise de grupo – psicossocial, sociodinâmica e institucional se consideradas como recorte metodológico, possibilitam um olhar sobre essas dimensões que se intercomunicam e se expandem para outras dimensões. (SCARCELLI, 2017, p.156)

Pichon-Rivière propõe um conjunto de conceitos gerais e teóricos articulados de forma que possibilite se aproximar de um objeto concreto. Eles constituem um modelo que permite uma leitura da realidade e orientam uma ação sobre ela. Este modelo foi denominado de Esquema Conceitual Referencial Operacional (ECRO). Como o próprio autor pontua, por se tratar de uma metodologia científica, esse esquema está suscetível a retificação ou ratificação.

Retomamos hoje a análise do conceito de ECRO, que designa o Esquema Conceitual, Referencial e Operativo como qual se opera no campo da psicologia social. Como dissemos o E designa esquema, sendo este entendido como conjunto articulado de conhecimentos. Entendemos por conceitual um sistema de ideias que alcançam uma vasta generalização. São sínteses mais ou menos gerais, de proposições que estabelecem as condições segundo as quais se relacionam entre si os fenômenos empíricos. Trata-se de um conjunto de conhecimentos que proporciona linhas de trabalho e investigação. A investigação psicológica ou qualquer tipo de tarefa científica, destituída de um sistema conceitual adequado, seria cega e infrutífera. A descoberta torna-se possível pela adequação do esquema conceitual do investigador as características do fenômeno a ser investigado. Trata-se então de uma adequação das hipóteses à realidade. Em síntese, um esquema conceitual é um conjunto organizado de conceitos universais que permitem uma abordagem adequada da situação concreta a pesquisar ou resolver. Por isso, diz Kurt Lewin: “Não há nada mais prático que uma boa teoria. É importante assinalar que, embora pelo uso, exclusivo em certas ciências, de esquemas conceituais se possa chegar a determinadas descobertas verificáveis depois pela experiência, também pela observação direta podem ser descobertos fatos não registrados nos esquemas conceituais. Isso impõe uma retificação do esquema conceitual, tal como o exemplo anterior implica sua ratificação. Ou seja, sempre é necessária uma verificação da realidade. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.249)

Um importante ponto da psicologia social de Pichon-Rivière é trabalhar com a vida cotidiana, com o sujeito inscrito na sua realidade concreta e em suas relações sociais. A reflexão proposta por ele deve incluir questionamentos que pensem o desenvolvimento da subjetividade como fenômeno social e histórico. A existência material produz e se reproduz e o sujeito está inserido nesse processo produtivo. Assim, o sujeito é compreendido como emergente, um sujeito em situação, produzido entre vínculos e que também é ator e produtor da realidade numa relação dialética (SCARCELLI, 2017).

Mas do que se trata essa cotidianidade com a qual Pichon-Rivière trabalha? Cotidianidade é, como explicado por Scarcelli (2017), uma manifestação imediata de um tempo em um espaço e ritmo onde os homens estabelecem suas relações com a natureza e entre si. Essas relações são estabelecidas de acordo com a época histórica e suas necessidades. A cotidianidade expressa uma organização espaço-temporal e é uma experiência de ação, o que significa que o modo de viver não é consciente e é, portanto, tido como fato inquestionável e naturalizado.

Essa valorização do cotidiano, como auto evidente e inquestionável, tem origem e fundamento em sistema social de representações ou ideologias que encobre e distorce o cotidiano, que mistifica o cotidiano enquanto oculta sua essência segundo os interesses dos setores hegemônicos da sociedade, ou seja, oculta seu caráter de manifestação concreta das relações sociais, de organização social das relações entre necessidade dos homens e recursos disponíveis. (SCARCELLI, 2017, p.88)

Outro conceito importante no referencial teórico criado por Pichon-Rivière é o de vínculo. O autor afirma no prólogo de seu livro *Processo Grupal* que, ao tentar estabelecer o vínculo terapêutico com seus pacientes, ele pode notar que a enfermidade é nada mais do que a expressão de uma tentativa falha de se adaptar ao meio, o que torna o processo de adoecimento compreensível aos seus olhos. Na sua experiência, ele percebeu que os pacientes que atendia internalizavam os objetos e os vínculos, contudo no processo de internalização a realidade exterior era transformada na passagem para o âmbito intra-subjetivo. Essa observação o fez reformular a noção de vínculo, que para ele passou a conter um objeto, um sujeito e sua mútua inter-relação com processos de aprendizagem e comunicação.

Essas relações intersubjetivas são dirigidas e estabelecem-se com base em necessidades, fundamento motivacional do vínculo. Tais necessidades têm um matiz e intensidade particulares, nos quais já intervém a fantasia inconsciente. Todo vínculo, assim entendido, implica a existência de um emissor, um receptor, uma codificação e decodificação da mensagem. Através desse processo comunicacional, torna-se manifesto o sentido da inclusão do objeto no vínculo, o compromisso do objeto numa relação não linear, mas dialética, com o sujeito. Por isso insistimos que em toda estrutura vincular (e com o termo estrutura já indicamos a interdependência dos elementos) o sujeito e o objeto interagem, realimentando-se mutuamente. Nessa-

interação ocorre a internalização dessa estrutura relacional, que adquire uma dimensão intra-subjetiva. A passagem ou internalização terá características determinadas pelo sentimento de gratificação ou frustração que acompanha a configuração inicial do vínculo, que será então um vínculo "bom" ou um vínculo "mau". (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.05)

Essas estruturas vinculares internalizadas determinaram as características de aprendizagem da realidade. Na medida que, pelo confronto entre o intra-subjetivo e o intersubjetivo, seja dialético ou dilemático, a aprendizagem será dificultada ou não. Se a interação funciona como um circuito aberto, chamado de trajetória em espiral dialética, ocorrerá o processo de aprendizagem. Caso seja um circuito fechado, por exemplo estereotipado, há a paralisação desse processo. A estereotipia, portanto, funciona como um obstáculo epistemológico.

Situações que surgiam comportamentos estereotipados e que paralisavam a produção do grupo. Inspirado nas ideias de Bachelard, ele compreendeu essas situações como estancamento da aprendizagem, constituídas de forma similar a um obstáculo epistemológico que acontece quando um conhecimento previamente adquirido impede seu próprio progresso. (SCARCELLI, 2017, p.157)

Contudo, como coloca Scarcelli (2017), o estancamento da aprendizagem, pode ocorrer mesmo quando tudo parece estar bem. Esta reflexão é particularmente importante ao se pensar nos serviços de saúde, pois, através dela, é possível entender como novas práticas ainda mantêm antigas estruturas.

Para o estudo destas questões foi preciso criar uma forma de investigação na qual o conceito de vínculo é o norteador. O autor propõe o lugar adequado para a investigação de seu objeto, como sendo o grupo. determinado. A partir daí, conceitua o grupo operativo como método instrumental de estudo.

Definimos o grupo como o conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, que propõe de forma explícita ou implícita, uma tarefa que constitui sua finalidade. Os conjuntos sociais organizam-se em unidades para alcançar maior segurança e produtividade. Em muitos casos a unidade grupal tem a característica de uma situação espontânea. Mas os elementos desse campo grupal podem ser, por sua vez, organizados. Queremos dizer com isso que a interação pode ser regulada para potencializá-la, para fazê-la eficaz em vista de seu objetivo. A isso damos o nome de planejamento. Assim nasce a técnica operativa, que visa instrumentar a ação grupal. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.242)

Toda situação de aprendizagem, segundo o modelo de Pichon-Rivière, de herança kleiniana, supõe duas posições, a posição esquizoparanóide e a posição depressiva e seus medos básicos. Esses medos agem conjuntamente expressando o jogo de ansiedades paranoide e

depressiva no processo de aprendizagem: medo de ataque e medo de perda. O jogo de ansiedades expressa o movimento de mudança e resistência à mudança, própria desse processo.

A técnica operativa – própria do modelo de grupo operativo – caracteriza-se por ser centrada na tarefa: todo grupo operativo é centrado numa tarefa. e viabiliza uma leitura crítica da realidade. A técnica operativa supõe uma ação e explicitação do implícito; ou seja, um esclarecimento daquilo que está em jogo nas interações em nível explícito. Busca do sentido no interjogo entre o manifesto nas interações e o latente.

Esse esclarecimento implica a análise, no "aqui e agora" da situação grupal, dos fenômenos de interação, dos processos de adjudicação e assunção de papéis, das formas da comunicação, em relação com as fantasias que geram essas formas de interação, os vínculos entre os integrantes, os modelos internos que orientam a ação (grupo interno) e os objetivos e tarefa prescrita do grupo. Um passo importante nesse processo de esclarecimento, de aprender a pensar, é um trabalho voltado para a redução do índice de ambiguidade grupal, pela resolução dialética das contradições internas do grupo, que tomam a forma de dilema, paralisando a tarefa através de confrontações entre indivíduos ou subgrupos. A situação dilemática esteriliza o trabalho grupal e opera como defesa diante da situação de mudança. (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.244)

Contudo, compartilhar tempo, espaço, e até objetivo, não é condição suficiente para o estabelecimento de uma relação vincular.

É necessário haver uma organização interna, o que requer um fundamento motivacional, ou seja, a necessidade a que nos referimos anteriormente. A necessidade está na base, é o "Motor" da relação com o outro, é o que lhe confere sentido. Ela coloca a ideia da ação direcional (mútua internalização), que nasce com uma tarefa. Segundo Pichon-Rivière, não há vínculo (e, como consequência, não há grupo) sem tarefa, já que em toda relação há operatividade, ação de intervenção. (FERNANDES, 1994, p.293)

Essa relação dialética possível no jogo interacional, como elucida Fernandes (1994), e configura-se numa atividade transformadora onde, portanto, a práxis, a atividade criadora e a ação são promotoras da subjetividade.

O conceito de necessidade é retomado nesta sistematização teórica pichoniana como aquele que "abre o jogo" entre o "sujeito e o con-texto". Queremos dizer que a necessidade é experimentada pelo sujeito enquanto tensão interna e o envia ao mundo externo em busca de gratificação. Ela determina a primeira contradição experimentada pelo sujeito: necessidade x satisfação. Para superá-la, este "sujeito da necessidade" opera sobre a realidade material e simbolicamente, e se transforma transformando o contexto externo (FERNANDES, 1994, p.291)

3.2 Os quatro âmbitos envolvidos no trabalho com políticas públicas

Trabalhar com saúde mental, na concepção de Fernandes (2005), na atualidade, significa superação da herança deixada pelo modelo biomédico, que a insere no eixo cura-doença e levá-la para o eixo da saúde social onde é trabalhado as dimensões culturais, socioeconômicas e da subjetividade. Essa herança é também responsável pelas tentativas de normatizações das subjetividades, onde aquilo que escapa do discurso hegemônico é passível de se transformar em patologia.

Ocupar-se da saúde mental significa num primeiro momento procurar conceituá-la deixando-a “livre” da herança clínico-médica que a reconhece sempre no eixo da saúde e doença e indica as abordagens psicoterapêuticas como instrumento de acesso e definição sobre seu caráter. Retirar a saúde mental do eixo terapêutico implica ressignificá-la no eixo da saúde social e conduzir a discussão à dimensão da subjetividade enquanto expressão das diferentes modalidades de subjetivação de nossa cultura e das singularidades próprias do movimento de constituição do sujeito psíquico. (FERNANDES, 2005, p.41)

Essa concepção não se trata de negar os fatores biológicos, e sim de não permitir que eles sejam hegemônicos. Dessa forma, a psicologia social caminhou investigando os aspectos sociais que também englobam o que é chamado de saúde mental. No eixo saúde-doença, aquilo que perturba o corpo (doença) deve ser extinguido. Se existe uma clareza quando se fala do orgânico e se tratam rins, estômago, coração, no campo da saúde mental essa exatidão não existe. As subjetividades envoltas nas identidades dos sujeitos não são facilmente definidas em o que é doença ou não. Além disso, há um sistema que determina normas de como as pessoas devem ser, sistema este que é produzido em determinados contextos sócio-históricos e políticos e que facilmente pode chamar de doença o que não convém a ele, e há exemplos disso na História.

Assim, essa forma de pensar a saúde dentro do social, utilizada pela psicologia social, propõe que os tratamentos não se ancorem naquilo que deve a todo custo ser eliminado e que a identidade do sujeito não seja estática, permitindo as múltiplas possibilidades que os seres humanos carregam como sujeitos de sua estória. Ao trabalhar com a saúde mental dentro da perspectiva do mal a ser eliminado, a saúde se torna o ideal a ser atingido, mas não um estado de bem-estar e sim uma adequação ao sistema e às normas vigentes.

Procurando afasta-se dos modelos subentendidos às formas de tratamento, apoiados na afirmação de que o mal, é por sua natureza, aquilo que deve ser eliminado(o que suporia a ideia de um núcleo ou corpo perfeito que foi perturbado) reencontra a identidade do sujeito produzida nas determinações múltiplas do social e não entregue à mortífera forma enclausurada de uma identidade em si mesma, imóvel e tendendo sempre ao reencontro de si mesma (...) A saúde é colocada no lugar do ideal a ser

atingido que , neste terreno , significa adaptação e obediência ao sistema. (FERNANDES, 2005, p.42)

Fernandes (2005) também afirma que os conceitos utilizados em saúde não devem servir de clausuras onde se é negado novas práticas e conhecimentos, com o risco de não mais se tratar de Ciência, mas sim ideologias firmadas através do tempo. A isso a autora ressalta que cabe àqueles que pretendem ou trabalham com saúde lutarem para a identificação dos novos lugares de clausura e visualizarem as novas formas de exclusão, ainda que estejam com novas roupagens.

Contudo, isso não é fácil, pois todos os sujeitos estão inseridos na vida cotidiana em que ocorrem naturalizações e os fatos são tidos como a verdade, sem questionamentos. As ideologias escondem a cotidianidade juntamente com interesses hegemônicos pois a própria ideologia é fruto de um discurso hegemônico que foi em algum ponto naturalizado e que serve a determinadas classes sociais.

Mas na cotidianidade os fatos são aceitos de forma naturalizada, autoevidente sem ao menos serem questionados ou verificados, pois eles são significados como o real por excelência. O sistema de representações sociais (ideologias) encobre e distorce o cotidiano enquanto oculta a essência da vida cotidiana, segundo interesses dos setores hegemônicos da sociedade; as ideologias têm caráter de classe social. (SCARCELLI, 2017, p.217)

É fundamental uma forma de se investigar que rompa com as estereotípias, cristalizações e normatividades consequentes do cotidiano e tão presentes no campo da saúde mental, assim como nas políticas públicas voltadas para a saúde, onde leis, diretrizes e programas são frequentemente naturalizados, produzindo distorções nas suas práticas (SCARCELLI, 2017, p.217).

Para tanto, Fernandes (2005) cita quatro âmbitos pelos quais as análises de políticas públicas devem passar:

Os problemas atuais têm sido enfrentados através de uma discussão que se apresenta em diferentes níveis e que exige, para a compreensão das questões envolvidas, uma análise que atravessa pelo menos quatro âmbitos: o jurídico-político; o sociocultural – um teórico conceitual e um técnico assistencial. A discussão, sabemos, tem sempre o apoio na história de verdades acumuladas e superadas, e impõe a construção de um novo saber. (FERNANDES, 2005, p.40)

Esses âmbitos podem funcionar como um recorte que auxiliem na produção de perguntas nas instituições e grandes grupos quando se trata de práticas e políticas públicas. Mas afinal, do que se trata cada um deles?

No âmbito político-jurídico, há diretrizes, leis, políticas, programas governamentais, aspectos legais e normatividades no geral. No sócio-cultural, trata-se do imaginário social, as visões sobre as práticas de saúde na cultura. O teórico-conceitual embarca sobre os fundamentos filosóficos e teóricos que sustentam as práticas e políticas públicas e, o último, técnico-assistencial, que se refere a técnica e práticas cotidianas nos serviços de atenção (SCARCELLI, 2017).

Toda mudança nas políticas públicas deve ser concretizada nesses quatro âmbitos. Usualmente, o foco dado na atenção de saúde costuma ser dado no âmbito técnico-assistencial, contudo, a técnica por si só não garante mudança de práticas. Instaurar uma nova prática de saúde sem, contudo, uma reformulação que atravesse simultaneamente os âmbitos sócio-cultural, teórico-conceitual, político-jurídico e também técnico-assistencial resultará possivelmente numa nova roupagem para uma prática antiga.

CAPÍTULO 4: MATERIAL E MÉTODOS

O objetivo desta pesquisa é fazer uma reflexão sobre o acesso de pessoas trans à saúde pública, problematizando a necessidade do diagnóstico para o acesso aos serviços públicos de saúde. Busca-se, igualmente, identificar a *visão* dos profissionais da psicologia nos serviços de saúde pública sobre a *despatologização*.

Essa é uma pesquisa de natureza qualitativa apoiada em fontes bibliográficas de estudos feministas (HARAWAY, 1995; RUBIN, 1989; SCOTT, 1989) que, aliados a uma leitura queer (BUTLER, 1990; LOURO, 2008), permitem compreender a problemática de *gênero* como categoria construída socialmente num dado contexto e período histórico.

Como procedimento de pesquisa foram realizadas entrevistas psicológicas, utilizando-se o modelo de Bleger (2003). O tipo de entrevista adotado foi o de entrevista aberta, onde o entrevistador tem liberdade para investigar as particularidades dos casos e a flexibilidade suficiente para *ouvir e escutar* os emergentes surgidos durante o processo de entrevista. (BLEGER, 2003)

Contudo, a entrevista aberta não se caracteriza essencialmente pela liberdade de colocar perguntas, porque, como veremos mais adiante, o fundamento da entrevista psicológica não consiste em perguntar, nem no propósito de recolher dados da história do entrevistado. Embora os fundamentos sejam apresentados um pouco mais adiante, devemos desde já sublinhar que a liberdade do entrevistador, no caso da entrevista aberta, reside numa flexibilidade suficiente para permitir, na medida do possível, que o entrevistado configure o campo da entrevista segundo sua estrutura psicológica particular, ou - dito de outra maneira - que o campo da entrevista se configure, o máximo possível, pelas variáveis que dependem da personalidade do entrevistado. (BLEGER, 2003, p.02)

No entanto, é fundamental que a entrevista tenha um enquadre/ enquadramento definido previamente e contratado com o entrevistado. Essa condição permitirá a clareza da relação enquadre X processo, durante a entrevista.

Para obter o campo particular de entrevista que descrevi, devemos contar com um enquadramento rígido, que consiste em transformar um conjunto de variáveis em constantes. Dentro deste enquadramento, incluem-se não apenas a atitude técnica e o papel do entrevistador tal como assinalai, como também os objetivos, o lugar e o tempo da entrevista. O enquadramento funciona como uma espécie de padronização da situação estímulo que oferecemos ao entrevistador; com isso não pretendemos que esta situação deixe de atuar como estímulo para ele, mas que deixe de oscilar como variável para o entrevistador. (BLEGER, 2003, p.10)

As entrevistas foram realizadas mediante autorização do Comitê de Ética do Centro de

Referência e Treinamento DST/Aids e cada participante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A primeira opção em relação ao local das entrevistas foi a de serem realizadas no Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Centro de Referência em São Paulo, com dois psicólogos; e, gravadas em arquivo digital (formato 3gpp ou similar) para, posteriormente, serem transcritas pela pesquisadora. As transcrições das entrevistas, bem como os arquivos em áudio, poderão ser disponibilizadas ao(à) entrevistado(a) mediante solicitação. No entanto, devido à Pandemia de Covid-19, as entrevistas foram realizadas através do programa de software de videotelefonia Zoom, onde foram gravadas por recursos possibilitados pelo próprio programa.

Os arquivos foram apagados e nenhuma cópia foi mantida depois que a versão final desta dissertação foi entregue ao serviço competente do Instituto de Psicologia.

As entrevistas tiveram em torno de 30 minutos, onde duas psicólogas responderam à seguinte pergunta: “Qual a sua visão como profissional de psicologia no serviço de saúde público sobre a despatologização?”. Tal formulação não implica nenhum risco ao entrevistado. Visando minimizar qualquer eventual problema, as entrevistas foram transcritas integralmente e constam no Anexo desta dissertação.

A razão de realizar as entrevistas é a de poder ampliar a reflexão sobre como funcionam os atendimentos e como é usado o diagnóstico pelo profissional da psicologia. Após sistematizar os dados coletados nas entrevistas abertas com os profissionais, entrecruzando com as reflexões advindas da literatura, foi construído um quadro com várias faces passível de visões compreensíveis.

A análise qualitativa caracterizou-se por evidenciar *os sentidos da fala* dos sujeitos participantes interligadas ao contexto situacional, ou seja, reconhecendo o lugar institucional no qual estão inseridos; e, foi delimitada pela abordagem conceitual da psicologia social de Pichon-Rivière e suas noções de grupo operativo e vínculo. A análise do material leva em conta os quatro âmbitos envolvidos no trabalho com políticas públicas: político-jurídico, sociocultural, teórico-conceitual e técnico-assistencial.

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Agora, serão apresentados dados empíricos e teóricos para reflexão sobre o acesso de pessoas trans à saúde. O eixo norteador das entrevistas foi a pergunta: **“Qual a sua visão, como profissional de psicologia no serviço de saúde pública, sobre a despatologização das identidades trans?”**. Tal questão forneceu um estímulo aos entrevistados, ao mesmo tempo que a possibilidade de se aprofundarem na temática.

Foram feitas duas entrevistas, cada uma com uma psicóloga do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Centro de Referência em São Paulo, indicadas pela própria instituição. No que tange à pesquisadora, esta não se opôs ao fato de a instituição apontar as participantes.

As narrativas foram sintetizadas para apresentação conjunta com os princípios teóricos que permeiam esta pesquisa.

4.1.1 O CID EM QUESTÃO

Flávia iniciou a entrevista discorrendo sobre como funciona o caminho de entrada das pessoas trans que acessam o ambulatório:

Atualmente, eu, enquanto psicóloga, profissional da Saúde, trabalho aqui no ambulatório de atendimento dessa população, nosso caminho de entrada hoje tem sido assim: quando a pessoa adentra o serviço, ela já recebe um diagnóstico e um CID do F64 e as suas variantes, suas variações. Então, quer dizer, nós podemos considerar isso como já uma restrição à autonomia do sujeito. Acho que entender as identidades como uma doença, de certa forma, eu acho que a gente está normatizando o binarismo, a heterocisnormatividade e, principalmente, um olhar biomédico para esse indivíduo. (FLÁVIA)

Ao narrar que o indivíduo já chega no ambulatório e é diagnosticado, ela evidencia como a questão diagnóstica segue presente. O primeiro passo na instituição é o indivíduo receber uma classificação dentro da nosografia psiquiátrica. A justificativa do diagnóstico permanecer sendo usado pela própria Organização Mundial de Saúde é não deixar a população sem assistência e garantir que ela siga sendo atendida em suas demandas específicas, embora sua identidade não seja mais considerada um Transtorno Mental. Em relação a isso, Favero, Maracci e Machado

(2019) questionam o porquê de se classificar os sujeitos dentro de uma nosologia psiquiátrica no lugar de se criar diagnósticos para os procedimentos. Essa é uma indagação interessante e que vai ao encontro da fala de Flávia:

Então, teve toda essa mudança agora, esse movimento, mas os serviços de saúde pública, eles ainda funcionam dessa forma, como se as identidades trans todas elas tivessem necessariamente que ter acesso também a procedimentos médicos e que não é uma verdade, nem todos querem ter acesso a cirurgias ou a Tratamento Hormonal. E mesmo que quando isso seja feito, que ele não precisa ter um CID. Então, por exemplo, a gente tem a gestante que acessa o serviço de saúde e nem por isso a gente está trabalhando com uma questão de doença, né? (FLÁVIA)

Flávia também pontua que a retirada de um diagnóstico não se trata de esquecer o sofrimento que essa população atravessa:

Acho que uma armadilha que eu acho que, às vezes, acaba acontecendo para nós, profissionais da saúde mental nesse ponto é que, às vezes, acho que existe uma confusão nesse processo aí da despatologização. Despatologizar, a gente tirar o diagnóstico da cena, da vida dessas pessoas, da autonomia dessas pessoas, não significa que a gente vai esquecer essas trajetórias de vida das pessoas com essas identidades trans, de que há muito sofrimento psíquico. Então, há sofrimento, há dores, há angústias que vão levar, muitas vezes, podem acabar acontecendo de ter um transtorno de ansiedade, uma depressão e tantas outras questões que a gente tem da Saúde Mental. Mas muito mais por esses processos de vivência de exclusão, de perda de direitos e de cidadania, né? Não necessariamente, na minha visão, pela questão das identidades. (FLÁVIA)

Não somente nessa fala, mas em outros pontos da entrevista, Flávia narra que, em sua experiência com a população trans, é perceptível que essas pessoas atravessam diversos processos de exclusão e que essa discriminação pode marcar suas subjetivações diante desse sofrimento, que é fruto social e não inerente às identidades.

Reconhecer que o sofrimento que essa população pode atravessar não é inerente é importante, mas é também importante questionar como é a atuação posterior a esse reconhecimento, pois, como colocado por Favero e Souza (2019), o papel do psicólogo seria patologizar e produzir mais estigmas ou auxiliar na produção de estratégias de combate a esses processos discriminatórios? Estaria o profissional auxiliando, reduzindo seus pacientes a um sofrimento inerente às suas identidades? Pessoas trans podem ter depressão ou ansiedade ou uma série de outros distúrbios, assim como as pessoas cisgênero. No entanto, quando pessoas cisgênero têm alguma dessas experiências, qualquer que seja o processo de subjetivação que atravessem, incluído o de exclusão social, o que é encontrado nos manuais é um CID F32, que classifica a depressão em si e não a identidade cisgênero. De modo que, embora sejam um avanço, as mudanças terminológicas deixam dúvidas se são suficientes para não mais tratar a transexualidade como uma patologia; pois uma vez que tratou de tirar colocações vistas como

pejorativas, manteve o diagnóstico de gênero e diretrizes para efetivá-lo, diretrizes essas que se refletem nos documentos e norteiam o Processo Transexualizador no SUS (FAVERO e SOUZA, 2019).

Mas é um processo longo ainda, a gente ainda tem essa portaria do processo transexualizador, então a gente ainda segue alguns critérios dessa portaria, por exemplo, dos segmentos de saúde mental por dois anos, para que a pessoa submeta a cirurgias ela ainda precisa estar em acompanhamento fazendo o Tratamento Hormonal, os segmentos de Saúde Mental... É um caminho difícil, né, é um caminho difícil. Não quer dizer que, se a gente tirar a CID essas pessoas necessariamente vão ficar desassistidas, não é isso, mas é uma luta que já vem aí de décadas! Tem essa questão do poder biomédico, nós mesmo já enfrentamos a questão do ato médico na saúde mental. (FLÁVIA)

Flávia levanta a questão do poder biomédico que atravessa as práticas dos cuidados de saúde no Ambulatório e afirma que há mais resistência ao movimento de despatologização mais por parte da classe médica do que pelos psicólogos e inclusive conta que são realizadas reuniões com grupos de psicólogos de redes de serviço para debater essas questões.

Como mencionado anteriormente neste trabalho, Fernandes (2005) pontua que a herança clínico-médica reconhece sempre a saúde mental no eixo da saúde e doença, o que poderia justificar a resistência desses profissionais à despatologização: numa herança biomédica, uma demanda de cuidados geralmente está conectada a uma patologia. Também pode explicar como o diagnóstico segue transformado, porém sempre presente, ao se pensar na saúde mental de pessoas trans:

- E você acha que, nesse caso, então, da forma que você colocou sobre todas essas questões dessas disputas de poder, o diagnóstico acaba sendo um dispositivo de poder? (BRUNA)

- Sim, com certeza. Acho que é um dispositivo de poder tanto mais para reafirmar também a necessidade desses profissionais, né? Por exemplo, a necessidade de você ter um psiquiatra fazendo parte da equipe. (FLÁVIA)

Posteriormente na entrevista, Flávia traz a possibilidade de que outros profissionais precisem de uma garantia, um respaldo para que as cirurgias de readequação sejam realizadas, para evitar possíveis processos futuros:

- Mas isso eu não sei, porque por exemplo, quando faz cirurgia plástica não precisa de um laudo, né? Assim, por exemplo, uma mulher cis que coloca silicone, ela não precisa de um laudo para colocar. E aí o cirurgião, nesse caso, ele já não tem a necessidade desse respaldo, mas precisaria com pessoa trans? (BRUNA)

- Então, não precisaria, né? Mas o que acontece? Por você não ter que, sei lá, responder a um processo vamos dizer assim, lá na frente, por uma mutilação... Um homem trans, de repente, que retira as mamas e aí pode falar que ele tá sofrendo um processo de mutilação ou mesmo uma mulher que se submeta, né, a uma

transgenitalização, falar que “olha não era bem isso, talvez não fosse, não tivesse uma identidade a qual eu quisesse me submeter a essa cirurgia”, não deixa de ser uma forma de se proteger, né? Eu entendo como uma questão de proteção. (FLÁVIA)

Tal preocupação chama atenção ao se referir à cirurgia de retirada das mamas como mutilação. É fato que o Dr. Roberto Farina respondeu por lesão corporal grave ao realizar a primeira cirurgia de readequação genital em solo brasileiro, em 1971. Também é fato que, no Brasil, as cirurgias de transgenitalização passaram por um processo árduo e extenso para serem realizadas e legalizadas. Diversos pareceres do CFM (Conselho Federal de Medicina) consideraram como mutilação grave e termos como “ato mutilador e não corretivo” ou também “ofensa à integridade corporal” foram utilizados até 1997, quando a cirurgia foi autorizada e adotada em caráter experimental nos hospitais universitários desde que o paciente se encaixasse nos critérios estabelecidos, entre eles passar por avaliação de equipe multidisciplinar e fazer acompanhamento psiquiátrico para confirmação diagnóstica de transexualismo por, no mínimo, dois anos (MURTA, 2007). Desde então, a discussão a respeito das cirurgias de transgenitalização progrediu. Seria ainda a cirurgia de transgenitalização vista por profissionais da saúde como uma mutilação?

- E então acho que no caso de cirurgias de caráter sexuais precisa de um laudo, mas outras cirurgias não, por exemplo, uma cirurgia de nariz ou uma rinoplastia ou colocar silicone? É porque seria por ser de caráter sexual? Não compreendi. (BRUNA)

- Não, na verdade, não é porque elas são de caráter sexual. O que eles entendem é que é de caráter mutilatório, né? Então, por exemplo, não se pode fazer uma retirada dos testículos a não ser que você realmente tenha tido algum problema grave. Isso é uma parte mais voltada lá para a questão da área médica, não domino tão bem como é que funciona tudo isso lá para eles, mas o que eu sei é porque são consideradas cirurgias de mutilação. Então, por exemplo, mesmo uma mulher trans, ela não pode fazer uma cirurgia, como já muitas solicitaram, de retirada dos testículos. Ou você faz a transgenitalização ou você não faz. Então, você não pode fazer, porque aí entende-se como uma mutilação. (FLÁVIA)

Pela fala de Flávia, após anos de debates, estudos, pesquisas e procedimentos realizados, bem como uma regulamentação própria do SUS, alguns profissionais da saúde veem as cirurgias de transgenitalização como uma mutilação e não como um procedimento necessário para a saúde de algumas pessoas trans, tendo em vista que nem todas solicitam o procedimento. Para Nascimento (2021), o direito a mamoplastia masculinizadora, histerectomia, hormonização e cirurgia de redesignação sexual é regulado pelo saber médico-científico e pelo Estado; tanto pessoas trans quanto pessoas cis têm desconfortos com seus corpos, mas enquanto os corpos

cisgênero gozam de liberdade para realizar intervenções corporais, a cisnormatividade⁷ demarca os desejos de alterações corporais advindos das pessoas trans como patológicos.

Subsequentemente, Flávia relata que a pessoa trans antes precisava de um relatório para o Tratamento Hormonal, mas hoje não mais, e quando ela passa por um profissional da saúde mental, é para averiguar se tem demandas e questões que gostaria de trabalhar. Mas quando se trata de cirurgias, permanece a necessidade do relatório.

No entanto, Flávia aponta que esse relatório não serve para averiguar se uma pessoa é trans ou não, e sim para verificar se está amadurecida o bastante para passar por essas mudanças. A seguir, Flávia é questionada sobre como fica o psicólogo nesse lugar de avaliador e se o caráter compulsório poderia prejudicar o processo psicoterapêutico:

- Eu acho que isso também me traz uma dúvida, pensando na Psicologia: você acha que acaba que é possível que essa assistência do psicólogo possa ganhar um caráter um pouco compulsório, e isso de alguma forma prejudicar o processo? (BRUNA)

- Sim, totalmente, porque são poucas as pessoas de verdade que fazem realmente um processo de reflexão. Quando isso está estabelecido que você necessariamente tem que passar com um profissional da Psicologia ou da Psiquiatria que seja para obter um relatório para uma cirurgia, por exemplo, as pessoas vão dizer, vão querer dizer aquilo que as pessoas querem ouvir e não necessariamente vão estar fazendo um processo realmente de reflexão, terapêutico. É comum. É muito comum expectativas altíssimas em relação ao procedimento e a gente tenta trabalhar com relação a essas expectativas. Mas o que acontece? Mesmo tentando entrar nessa questão, muitas vezes a gente não obtém sucesso, e aí a gente vê esse resultado no pós-operatório. A gente vê uma frustração, uma série de questões vêm à tona. Porque a pessoa imagina que vai ser de um jeito, e aí lidar ou não lidar com aquele corpo novo e ver, por exemplo, que expectativas sociais não foram alcançadas, né, que é muito comum isso, as pessoas ficam muito frustradas. Ou achar que aquele procedimento é um procedimento mágico, não entende que é um procedimento supertrabalhoso, que você pode ter que submeter a retoques depois, que você tem expectativa que vai ficar A e vai ficar B, que você tem que usar de alguns subterfúgios depois como, por exemplo, sempre tem que usar um gel lubrificante para ter uma relação sexual, usar um molde para fazer dilatação se você não tiver uma parceria fixa, né? Então, normalmente, as pessoas não têm escuta para essas questões. (FLÁVIA)

Essa fala de Flávia vai na direção de alguns questionamentos feitos por Favero e Souza (2019). Se o objetivo do paciente e do psicólogo é a produção de um relatório (ou laudo) que permita legalmente que pessoas trans decidam sobre seus corpos, como fica o processo terapêutico? A demanda do diagnóstico se sobreporia aos possíveis efeitos produzidos pela terapia, tais como autoconhecimento, bem-estar e promoção da saúde mental? De acordo com

⁷ Dispositivo discursivo que regula os sentidos das expressões de gênero partindo do pressuposto que as vivências cis são “naturais” e “normais” em contraponto da experiência trans (AMBRA, 2016).

Flávia, sim, é possível que isso aconteça a partir do momento que uma reflexão real é prejudicada e no lugar o paciente direciona sua fala ao que acredita que o psicólogo deseja escutar para lhe dar acesso às cirurgias. Um dos princípios de qualquer abordagem terapêutica é o comprometimento do paciente, bem como seu envolvimento voluntário, que produz o engajamento necessário para que a psicoterapia aconteça. Mas como isso pode acontecer enquanto estar ali é uma obrigação legal? (FAVERO e SOUZA, 2019).

Uma das razões que se estabeleceu para o acompanhamento pelo profissional da saúde mental ser compulsório é a necessidade de o paciente conhecer os possíveis resultados cirúrgicos e suas dimensões estéticas e funcionais, bem como tecer considerações críticas das consequências das intervenções cirúrgicas (BRASIL, 2013). Mas como isso é possível se, de acordo com Flávia, a escuta do paciente fica prejudicada justamente pelo caráter mandatário do acompanhamento terapêutico? Não se nega aqui que sejam cirurgias complexas, o que se questiona é se a articulação dessas com um acompanhamento obrigatório por lei por parte dos profissionais da saúde tem produzido resultados terapêuticos significativos para o bem-estar do paciente.

Outro ponto levantado por Flávia são as altas expectativas por parte de algumas pessoas trans em relação ao resultado das cirurgias. Ela aponta uma frustração desses pacientes quanto suas expectativas sociais não são atendidas. Flávia é questionada sobre quais expectativas seriam essas pela entrevistadora:

- Quando você fala de atender expectativas sociais, que às vezes as expectativas sociais não são atendidas, seria em que sentido? (BRUNA)

- Assim, é um termo que muitas pessoas trans acabam utilizando que é o da “passabilidade”, muitas pessoas desejam ter uma “passabilidade” na sociedade. E aí o que acontece é que a busca da cirurgia ela também pode vir nesse sentido e na verdade isso não ocorre, né? Por exemplo, uma mulher trans que de repente ela tem ainda características que ela considera ainda como sendo muito do estereótipo masculino, vamos dizer assim. E ela pensa que fazendo uma cirurgia de transgenitalização é como se ela fosse quase que num passe de mágica ter essa “passabilidade”, e isso não é verdade porque isso é uma cirurgia íntima, né? É uma cirurgia para que ela se sinta bem, se sinta confortável com o seu próprio corpo, mas não que isso mude algo na vida social dela.

Então, às vezes você vê pessoas que não... Por exemplo, até aquela modelo, a Lea T, né, ela fala numa entrevista, ela fala assim: “eu achava que quando eu fizesse a cirurgia, era como se minha mão fosse ficar menor, meus pés, tudo isso fosse diminuir. E na verdade não é nada disso, é uma cirurgia que só vai ter acesso quem tiver acesso à sua intimidade, mas socialmente não muda nada. Você tem outras conquistas sociais que são muito mais importantes como a mudança do registro civil, né? Isso sim realmente é muito mais importante. (FLÁVIA)

O conceito de passabilidade apresentado por Flávia, para Lanz (2014), traduz o quanto uma pessoa trans se parece fisicamente, de acordo com os estereótipos, com o gênero oposto ao que lhe foi designado ao nascer. Para a autora, quanto mais a pessoa trans estiver dentro das normas de gênero binárias, menor a possibilidade de ser estigmatizada e violentada. A passabilidade, portanto, se torna uma forma de legitimação dos corpos trans e adquire a função de proteção na medida em que, quanto menos “passável”, maior seria a exposição a violência (real e simbólica) social. Nesse sentido, é possível interpretar pela fala de Flávia que a frustração em relação à cirurgia tem conexão com uma frustração de continuar sendo alvo de agressões e exclusão social, ainda que se tenha passado pelos procedimentos.

Flávia também menciona a questão da motivação por parte do psicólogo ao atender pacientes que talvez não desejem estar ali:

Então Bruna, acho que a gente precisa caminhar muito ainda nesses aspectos, né, em relação a essas imposições que a gente ainda tem em alguns relatórios ou praticamente esse atendimento compulsório por parte do psicólogo que, em muito, não ajuda, acho que não faz efeito, a gente apenas acaba cumprindo um protocolo, né? Tanto que a gente acaba... não temos normas rígidas para atendimento dessas pessoas porque é isso, né, a gente vê que tem pessoas que têm um sofrimento que gostariam de trabalhar e outras pessoas que não, que elas querem... que estão aqui realmente só porque “vamos passar por isso porque eu preciso desses acompanhamentos de dois anos para poder chegar lá onde eu quero”, que é a cirurgia, né? Então, inclusive acho que ele é um fator assim que acaba sendo desmotivador para nós da Saúde Mental, porque acho que não há, dentre tantas coisas difíceis que a gente tem na nossa atuação profissional, acho que uma delas é que você tem que trabalhar com alguém que não quer estar ali, que não quer estar naquele espaço, que não queria estar passando ali por aquele profissional, que acho que não tem nada a dizer. Então, acaba sendo um fator assim de motivação né? (FLÁVIA)

Neste trecho, nota-se que a obrigatoriedade do acompanhamento psicológico pode ser contraproducente não apenas para o paciente, mas também para o psicólogo que ali se encontra. Como fica a relação terapêutica entre paciente e psicoterapeuta quando um não quer estar ali e o outro encontra-se desmotivado diante desse fato?

Como já visto na entrevista com Flávia, muitas pessoas trans são excluídas socialmente. Portanto, é viável pensar que algumas delas têm questões a serem trabalhadas na psicoterapia e que podem, sim, ser beneficiadas com o trabalho do psicólogo, assim como muitas pessoas cisgênero. Todos podem se beneficiar do espaço terapêutico para ocupar-se de suas relações sociais, angústias e conflitos. No entanto, sendo o diagnóstico ainda um requisito básico para acessar determinados serviços e o psicólogo colocado na posição de avaliador que permite acesso a alguns desses serviços, produz-se uma dependência entre psicólogo e paciente

(FAVERO, MARACI e MACHADO, 2019). Indaga-se aqui como essa dependência afeta o processo terapêutico.

PODE A PESSOA TRANS SE ARREPENDER?

Gilmara inicia a entrevista narrando o tempo que trabalha no ambulatório e que durante todo tempo que esteve lá, a diretriz do ambulatório foi sempre de não considerar a transexualidade uma patologia e que a partir do acolhimento são vistas quais as demandas que a pessoa possui e é marcado com o psicólogo. Este, quando atende, não foca numa avaliação se a pessoa é ou não trans mas avalia sua saúde mental. Assim como Flávia, Gilmara pontua a existência de possíveis transtornos decorrentes da situação de exclusão atravessada por pessoas trans:

Porque a gente observa que tem muitos transtornos: é ansiedade, depressão, né, outras situações, outras queixas que elas, na verdade, decorrem de preconceitos, de estigma, discriminação, todo sofrimento pelo qual essa pessoa passou ao longo da vida em função da sua transexualidade. Então, o nosso trabalho básico é esse, é como que a gente consegue auxiliar, dar um suporte para que essa pessoa consiga se emponderar, consiga aprender alguns manejos de como lidar com essa violência aquela sofre, que ela sofreu, os desafios no trabalho, principalmente, quem ainda não tem o nome retificado. (GILMARA)

No entanto, como já trabalhado na entrevista anterior, a pessoa logo quando adentra o serviço de saúde recebe um CID por Incongruência de Gênero e não, por exemplo, por uma possível Depressão ou Transtorno de Ansiedade que possa sofrer.

Ainda que Gilmara tenha dito que o papel do psicólogo ali é de trabalhar estratégias e manejos da violência social que pessoas trans atravessam e não o de avaliar ou julgar se a pessoa é trans, posteriormente Gilmara coloca que:

Agora tem outras pessoas que chegam e não têm essa situação amadurecida, está iniciando um processo, mas ela não sabe muito bem se ela se ela é uma pessoa trans, se ela é binária, não binária... Então a gente fica com essa pessoa um tempo até que ela consiga se definir um pouco melhor, porque o que a gente não pode correr o risco é de hormonizar precocemente sem que a pessoa tenha isso mais integrado, que ela tenha mais consciência do impacto disso na vida social, familiar, afetiva. Então, o cuidado da Psicologia, do psicólogo é saber ali junto com o paciente, com a paciente, o tempo de iniciar algum procedimento. Então tem essa questão da hormonização e muito mais ainda quando você fala na cirurgia, quer dizer, se você não consegue realmente ter um percurso com essa pessoa de preparo, de saber se ela realmente quer a cirurgia, ela pode realmente no pós-cirúrgico ter muitas complicações. (GILMARA)

Na entrevista anterior, Flávia menciona que, atualmente, as pessoas trans não precisam mais de relatório para iniciar o Tratamento Hormonal e que elas podem iniciar “pela sua própria questão de identidade e diante de sua autonomia”. No entanto, Gilmara pontua que pessoas trans seguem com o psicólogo, pois não podem correr o risco de iniciar o Tratamento Hormonal precocemente, colocando o psicólogo num papel de avaliador novamente, o que vai contra o que Flávia disse anteriormente. Há uma incompatibilidade nos dois discursos, o que pode levar a crer que a conduta vai depender de quem iniciar o atendimento e da forma como esta pessoa compreender o indivíduo que busca a hormonização.

Por conseguinte, na entrevista foi indagado a respeito da autonomia das pessoas trans:

- E essa perspectiva do que você falou do cuidado para ver se está pronta para começar a hormônio terapia ou se está pronta para cirurgia, como é que ficaria, por exemplo, a questão da autonomia da pessoa de tomar essa decisão da hormônio terapia ou da cirurgia, por exemplo? (BRUNA)

- Essa pessoa no sistema privado, ela tá meio por conta em risco. Se ela chegar no médico de convênio, ou no médico privado, e quiser fazer uma organização e quiser fazer a cirurgia, ela simplesmente vai pagar e vai fazer. Ela não vai ter nenhum segmento psicológico. E aí existe um risco, na nossa avaliação existe um risco de que ela se precipite, que haja um procedimento antes que ela esteja com essa questão amadurecida.

Esse tempo de dois anos que a gente tem no serviço público que faz cirurgia é uma grande margem de segurança para essas pessoas, porque tem gente que tem dinheiro vai para o exterior, faz a cirurgia. Mas o como ela volta da cirurgia, né, as complicações, ela fica solta.

Tem gente que eventualmente faz a cirurgia sem o acompanhamento psicológico e se arrepende de fazer, mas aí já tá feito. É que não tem reversão. Então, eu acho que o sistema, o fato da gente ter esse cuidado, esse acompanhamento, durante dois anos no SUS é uma margem de segurança.

Quer dizer, o movimento social fala muito na autonomia, defende a autonomia e tal, mas a nossa questão é não fazer nenhum... evitar que aconteça algum malefício, algum prejuízo em relação a essas pessoas porque, às vezes, ela acha que se encaixa naquela caixinha trans, mas de repente não é.

Então você precisa ter um pouco de tempo, um pouco de segmento para que a pessoa tenha segurança, ela mesma tem a segurança. Essa despatologização, a gente nunca considerou, a gente não trabalha nessa perspectiva da patologização, mas essa autonomia extrema tem riscos. (GILMARA)

- Tem riscos. Então, já aconteceu, é frequente, por exemplo, essa questão de arrepender? (BRUNA)

- Olha, eu não tenho nenhuma paciente que tenha feito a cirurgia no exterior, todas as minhas pacientes - eu tenho várias pacientes que fizeram a cirurgia via SUS e que seguiram na nossa equipe, agora os colegas têm. Tem uns colegas lá da equipe que já atenderam pessoas que vieram com uma cirurgia de fora, cirurgia não só no exterior, mas assim feito por um outro profissional privado no Brasil com queixas, “Ah então não ficou bom”.

Mas a gente não vai consertar o trabalho já feito de um outro profissional. E às vezes, esse “consertar”, qual é o sentido disso? Às vezes elas procuram uma perfeição que é fantasiosa, que é um sintoma. Então a gente também fica muito atenta a essa situação. Eu tenho um paciente que está sempre procurando algum retoque, “Ah, eu queria que fizesse isso, fizesse aquilo”, uma hora muda uma parte do corpo ou outra, quer dizer, a gente tenta entender com um pouco mais de profundidade qual é o significado dessa busca, né, da perfeição ou da passabilidade dessas pessoas. (GILMARA)

Em sua fala, Gilmara demonstra preocupação com a possibilidade de pessoas trans se arrependem, quando se fala sobre modificações corporais feitas por pessoas trans, essa preocupação aparece. Contudo, Benevides (2018), numa nota emitida pela Antra⁸, traz alguns estudos que evidenciam que o nível de arrependimento está abaixo de 4%, ou seja, não são frequentes. Na verdade, Gilmara coloca que nenhuma paciente sua se arrependeu, embora pontue que colegas atenderam pessoas trans que fizeram a cirurgia de transgenitalização no exterior que se queixaram do resultado da cirurgia.

Ter queixas sobre o resultado da cirurgia não é a mesma coisa de se arrepender de tê-la feito e estar em busca de retoques corporais também não é uma exclusividade de pessoas trans. Oliveira (2018) pontua que um corpo é sempre produzido tal como o gênero. A cisgeneridade também é construída tecnológica e materialmente ao fazer uso de maquiagem, cera, depilação a laser e toda a indústria de cirurgias corporais. Na verdade, o Brasil é o segundo país com o maior número de procedimentos médicos estéticos (ISAPS, 2018), o que sugere que se as pessoas trans estão em busca de um corpo ideal, as pessoas cis também o estão.

E ainda que um número de pessoas trans se arrependa, esse arrependimento deve ser combatido? Favero e Souza (2019) expõem que talvez a forma mais significativa em que a nosologia psiquiátrica influencia o trabalho do psicólogo é a ideia de que o arrependimento precisa ser combatido devido à cirurgia de transgenitalização ser irreversível. Para as autoras, a certeza que é cobrada de pessoas trans não costuma ser esperada dos que acessam serviços psicológicos.

Elas também afirmam que essa problemática coloca o psicólogo numa posição conflituosa, na medida em que o resultado do processo terapêutico não é atribuição total do psicólogo. E se a terapia funciona como medida preventiva para evitar o arrependimento, caso este aconteça após serem cumpridos todos os protocolos, isto significa que houve uma falha no processo terapêutico? Para que os protocolos sejam capazes de certificar a relação do paciente

⁸ Associação Nacional de Travestis e Transexuais.

com seu corpo, essa relação será sempre a mesma? São questionamentos que expõem os limites da psicologia diante daquele que atende. As autoras nos convidam, portanto, a vermos o arrependimento como um cenário possível e não como uma falha. Desta forma, nem o paciente seria visto como “indeciso” e nem o psicólogo como “ruim” nessa eventualidade. E dentre as possíveis intervenções psicológicas, trabalhar em como lidar com o arrependimento no lugar de assegurar que esse não venha acontecer parece mais dentro da esfera do que pode ser esperado de um psicólogo.

Posteriormente, Gilmaria aponta que não se tem usado o termo laudo, tendo sido trocado por relatório de equipe, pois o laudo traz um teor voltado para medicina, enquanto relatório seria um termo mais abrangente que incluiria na avaliação questões além do biológico.

- Entendi, é uma avaliação biopsicossocial, multifatorial (BRUNA)

- Sim. E é sempre no sentido de proteger a paciente porque, por exemplo, a gente tem pacientes muito precarizadas socialmente. Precarizada socialmente que eu digo, não tem um... por exemplo, um pós-cirúrgico... um pós-cirúrgico é muito complexo, demanda muitos cuidados. Daí tem pacientes que moram em situações muito, muito precárias. Então, isso a gente considera, a gente precisa considerar este cuidado, porque senão a gente coloca a pessoa em risco (GILMARA)

- Averiguar se tem uma rede de apoio, por exemplo... (BRUNA)

- Sim, uma rede de apoio, a coisa básica mesmo, de higiene, de cuidado, de entendimento do que fazer, né? Porque tem a história dos moldes, da dilatação, que precisa fazer para conseguir manter o canal depois da cirurgia, então, a questão do relatório é uma avaliação geral. No campo da Psicologia, sei lá, se a pessoa tá num momento de muita depressão, de muita ansiedade – ansiedade a pessoa vai ficar um pouco, pelo menos, porque não é uma cirurgia tão simples, mas por exemplo uma situação de um luto recente, a pessoa tá deprimida, talvez não seja aquele momento adequado para ela se submeter uma cirurgia de grande porte. Então a gente tenta ver, sabe, todas essas facetas, todo esse contexto dessa pessoa. (GILMARA)

Almeida e Murta (2013) apontam que contar com uma rede familiar e de amigos para dar suporte ao processo transexualizador é um privilégio, visto que, infelizmente, pessoas trans são constantemente excluídas de seu meio familiar e relatos de rupturas são frequentes. Esses espaços não só representam um suporte emocional, mas muitas vezes econômicos também. Logo, as preocupações com a precariedade que pessoas trans possam viver e a falta de rede de apoio são extremamente válidas, mas, caso sejam vistas como critérios para que pessoas trans tenham acesso as modificações corporais, pacientes já abandonados pela família podem ser submetidos a um novo processo de exclusão.

Da mesma forma, é importante para pacientes com depressão, ansiedade ou qualquer outro problema psicológico poder contar com o auxílio do profissional da saúde mental, mas

quando esse auxílio ganha caráter compulsório e o profissional detém o poder de decidir sobre o acesso a modificações corporais desejadas desse paciente, isso pode prejudicar o processo terapêutico, como já mencionado na entrevista anterior.

E, por fim, Nascimento (2021) afirma a importância de se contar com uma equipe multidisciplinar para apresentar os procedimentos, os riscos do resultado, os cuidados pré e pós-cirúrgicos e que contribua para o preparo das pessoas trans para as modificações corporais as quais desejam passar, mas questiona o poder de decisão que esses profissionais possuem sobre os corpos das pessoas trans, o que remete mais uma vez à *despatologização*.

A patologização é uma questão de poder: da medicina sobre o corpo, do poder cisgênero sobre a experiência trans e das hierarquias de saber, que não são ruins ou boas, mas marcam posições sobre a forma de conhecer o mundo, e a medicina historicamente tem estado no topo dessa hierarquia quando se fala sobre gênero, através de protocolos, nosologias e terapias que legitimam o direito ao corpo (PRADO, 2018). Logo, falar de despatologização não diz respeito a desassistir as pessoas trans, mas sim da desconstrução da ideia de que essa população precisa ser tutelada para fazer escolhas a respeito do seu corpo ou de um profissional que legitime sua identidade de gênero.

Nas entrevistas, nota-se preocupação com o bem-estar da população que acessa esses serviços de saúde e é perceptível o compromisso com a saúde das pessoas trans. Também ao se pensar historicamente, é fato que houve uma evolução no Sistema de Saúde Público no que se refere aos serviços oferecidos às pessoas trans. Entretanto, percebe-se influência das décadas de patologização dessas pessoas, pois, como visto, um diagnóstico continua sendo essencial para que haja esse acesso e a autonomia das pessoas trans segue colocada em xeque. Como afirmado por Favero e Souza (2019), o combate à patologização não acompanha o debate pelo fim do diagnóstico e, no que se refere à psicologia, as avaliações ainda seguem uma prática diagnóstica que surge como preocupação, mas não são isoladas de uma tutela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta pesquisa, foi trabalhada a forma como o gênero é construído por meio das relações de poder e como, ao contrário do que se pensava nos primeiros estudos de gênero, este não pode ser dissociado do sexo, sendo produto e produtor de normas regulatórias restritivas. Tais restrições separam os corpos entre os inteligíveis e os abjetos:

Dada essa compreensão da construção como restrição constitutiva, seria ainda possível levantar a questão crítica de como tais restrições não só produzem o domínio de corpos inteligíveis, mas também produzem um domínio de corpos impensáveis, abjetos, inabitáveis? Esse último domínio não é oposto ao primeiro domínio, pois oposições são, afinal, parte da inteligibilidade; o último é o domínio excluído e ilegível que assombra o domínio antecedente como o espectro de sua própria impossibilidade, o próprio limite para a inteligibilidade, seu exterior constitutivo. (BUTLER, 2020, p.17)

Os corpos abjetos são marginalizados e impedidos de gozar do status de sujeitos, pois é através das penalidades que as normas são mantidas. Transgredir as normas de gênero pode acarretar perda de direitos e autonomia, sendo o controle social nesses corpos exercido através de todas as instituições sociais (LANZ, 2014). Neste trabalho, o olhar foi direcionado para a instituição saúde.

Ao nos debruçarmos sobre a História da Sexualidade de Foucault, foi discutido como os considerados desviantes sexuais foram capturados pelo discurso biomédico. As pessoas trans tornaram-se objeto de estudo das ciências psi (psiquiatria, psicologia e psicanálise) através de sua *patologização*, pois a transexualidade foi colocada no lugar de desordem mental.

Ainda que essas ciências tenham delimitado a fronteira entre o normal e o patológico no que tange às identidades de gênero, foi no interior delas, após teóricos como John Money, Robert Stoller e Harry Benjamin, que surgiu o consenso médico de que o que necessitava de mudança eram os corpos e não a psique. Esse, pragmaticamente, beneficiou as pessoas trans ao possibilitar acesso às modificações corporais que desejavam.

Foi progressista o estabelecimento deste consenso médico de que o que deveria ser modificado era o corpo dos sujeitos e não sua psique, porque ele tornou cognoscível e retirou do espectro da absoluta loucura os indivíduos que alegavam "ter nascido no corpo errado", permitindo a diminuição de incidência do tratamento psiquiátrico que desrespeitava os direitos mais elementares destas pessoas, além de ter lançado as bases para a realização das modificações corporais que constituem de fato a meta e a única possibilidade de sobrevivência digna para muitas pessoas trans. (ALMEIDA e MURTA, 2013, p.384)

Surge nesse momento a problemática do diagnóstico, apresentada neste trabalho: se por um lado o diagnóstico representou um avanço em relação ao direito à saúde de pessoas trans ao permitir que tivessem algumas de suas demandas assistidas, por outro seguiu servindo como vetor de *patologização* para a experiência trans.

Em paralelo à entrada das identidades trans no DSM (Manual de Psiquiatria) surge o movimento social pela *despatologização*. A campanha *Stop Trans Pathologization* está presente em 17 países e vem lutando, desde suas primeiras manifestações em 2007, pelos direitos das pessoas trans (BENTO e PELÚCIO, 2012).

Diante da pressão dos movimentos sociais internacionais houve uma alteração terminológica no DSM-5, que passou a localizar a transexualidade na categoria “disforia de gênero” e no CID-11 como “Incongruência de Gênero”.

Essas mudanças, embora interessantes, como visto no decorrer desta dissertação, mantêm a transexualidade dentro de uma nosologia psiquiátrica, inclusive tendo critérios diagnósticos similares às edições anteriores desses Manuais.

No meio dessas tensões discursivas, encontra-se a psicologia. Se, por um lado, o Conselho Federal de Psicologia manifestou-se contrário à *patologização* das identidades trans em 2018 e propôs uma desconstrução da narrativa patológica, por outro, a psicologia segue convocada a avaliar pessoas trans que buscam o Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Em busca de compreender a inserção do psicólogo nesse fenômeno, entrevistas com dois profissionais da categoria foram realizadas. Foi evidenciado como a prática diagnóstica segue presente nas políticas públicas de saúde voltadas para pessoas trans.

Uma possível compreensão para tal situação remete-nos às discussões sobre os quatro âmbitos requeridos para uma análise consistente: o político jurídico, o sócio-cultural, o teórico-conceitual e o técnico assistencial (cf. Amarante) A partir dessa análise, verifica-se que mudar a questão diagnóstica apenas no âmbito das normatizações legais (político-jurídico) não garante uma nova prática na saúde. Foi também evidenciado no percurso histórico das políticas públicas que essas vão mudando na medida em que sofrem pressões socioculturais.

Como visto em Fernandes (2005), a herança biomédica numa tentativa de normatizar as subjetividades, pode patologizar as que escapam do discurso hegemônico. Pessoas trans foram e seguem patologizadas por apresentarem identidades de gênero dissidentes. Essas identidades

são postas como abjetas por escaparem do discurso hegemônico, no caso a matriz heterossexual, que dita quais são as identidades e corpos legítimos (BUTLER, 2000).

A partir da concepção de Pichon-Rivière (2005), todo processo de aprendizagem implica o abandono das formas de ver o mundo, antes adquiridas. Quando um conhecimento previamente adquirido impede que haja progresso, há o que ele conceituou como estancamento da aprendizagem. O estancamento da aprendizagem pode se manifestar através dos estereótipos.

Podemos levantar a questão de que abandonar o conhecimento que já se possui desperta os medos básicos: o medo da perda das estruturas e o medo do ataque na nova situação a ser estruturada. A ansiedade gerada por tais medos produziria uma resistência à mudança.

Neste trabalho, levanta-se a hipótese de que a possibilidade de abandonar o uso do diagnóstico de pessoas trans como instrumento nos serviços de saúde pública acarrete *medo* nos profissionais da saúde, por ser já uma metodologia conhecida. Romper com essa situação para abrir para novas formas de se estruturar os serviços de saúde pública voltados para pessoas trans, como explicitado por Scarcelli (2017), deixaria os profissionais numa posição de não saber, medo da exposição e medo de não corresponder ao que se espera de um profissional da saúde nesse serviço.

Outro ponto relevante é que Pichon-Rivière e Ana Quiroga (2010) compreendem o sujeito como emergente, produzido na trama de vínculos e relações ao seu redor. Esse sujeito está inscrito numa temporalidade, o que permite ver o desenvolvimento da subjetividade como fenômeno social e histórico. Dentro desse referencial, torna-se possível ler o profissional da saúde como produto e produtor de seu meio. Logo, a cisnormatividade presente na sociedade também faz parte da construção das subjetividades das profissionais entrevistadas e da autora desta pesquisa.

Essa pontuação é particularmente relevante para se compreender que, das três psicólogas envolvidas neste trabalho (autora e entrevistadas), nenhuma era uma mulher trans, o que pode resultar em algumas reproduções binárias e heteronormativas.

Por fim, o objetivo desta pesquisa foi de ampliar o debate que já vem sendo feito dentro das instituições de saúde, evidenciar as práticas realizadas por parte dos profissionais de psicologia que trabalham no ambulatório e procurar compreender como o sistema de saúde tem atendido as pessoas trans, com base numa leitura do referencial teórico utilizado.

Este trabalho propôs, portanto, a fazer um convite à dúvida e à investigação numa concepção pichoniana, na qual o conhecimento sempre se constrói numa relação dialética.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Guilherme; MURTA, Daniela. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n.º. 14, pp. 380-407, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872013000200017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

AMBRA, Pedro. A psicanálise é cisnormativa? Palavra política, ética da fala e a questão do patológico. **Revista Periódicus**, v. 1, n. 5, p. 101-120, 2016.

ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a15v14n4.pdf>>.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV**. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. Texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

BENEVIDES, Bruna. Precisamos falar sobre o suicídio das pessoas trans! **Antra**, 2018. Disponível em: <<https://antrabrasil.org/2018/06/29/precisamos-falar-sobre-o-suicidio-das-pessoas--trans/>>.

BENTO, Berenice. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008. 222 p. Disponível em: <<https://democraciadireitoegenero.files.wordpress.com/2016/07/bento-berenice-o-que-c3a9-transexualidade2008.pdf>>. Acesso em: 30 junho 2018.

BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 559-568, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v20n2/v20n2a17.pdf>>.

BLEGER, J. (2003) **Temas de psicologia: entrevistas e grupos** (R. M. de Moraes, Trad.). São Paulo: Martins Fontes

BORGES, Lenise Santana; COSTA, Kemle Semerene. Gênero e Saúde Mental: uma experiência em educação e saúde. **Revista EVS-Revista de Ciências Ambientais e Saúde**, v. 38, n. 1, p. 49-70, 2012.

BOUSQUAT, A., AKERMAN, M., MENDES, A., LOUVISON, M., FRAZÃO, P., & NARVAI, P. C. (2021). Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, 1(128), 13-26. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.i128p13-26>

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui no âmbito do SUS o processo transexualizador a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Seção 1, [s/n], Brasília-DF, 19 de ago. p. 43, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Seção 1, n. 231, Brasília-DF, 02 de dez. p. 37, 2011.

Brasil. (2013). **Portaria n. 2803/GM/MS**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil (2022) <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2022/janeiro/mais-de-340-milhoes-de-doses-de-vacinas-ja-foram-aplicadas-no-brasil>

BUTLER, Judith. **Corpos Que Importam: os limites discursivos do "sexo"**. São Paulo: n-1 edições, 2020.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. São Paulo: Editora José Olympio, 2018.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p. 151-172. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1230/Guacira-Lopes-Louro-O-Corpo-Educado-pdf-rev.pdf?sequence=1>.

CARVALHO, M. “Travesti”, “Mulher Transexual”, “Homem Trans” e “Não Binário”: Interseccionalidades de classe e geração na produção de identidades políticas. **Cadernos Pagu**, 2018; (52):E185211.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 137-170.

CAZEIRO, Felipe et al. Processo transexualizador no SUS: questões para a Psicologia a partir de itinerários terapêuticos e despatologização. **Psicologia em Estudo**, v. 27, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP N° 001/99 de 22 de março de 1999** "Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual". Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 1, de 29 de janeiro de 2018.** Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/resolucao_cfp_01_2018.pdf>.

COSSI, Rafael Kalaf. Desvinculação da experiência transexual do diagnóstico psicanalítico de psicose. **Revista Psicologia e Saúde**, 2014.

Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020 / Bruna G. Benevides, Sayonara Naidier Bonfim Nogueira (Orgs). – São Paulo: **Expressão Popular**, ANTRA, IBTE, 2021

FAVERO, Sofia. “Como atender travestis e pessoas trans?”: (des) cisgenerizando o cuidado em saúde mental. **Cadernos Pagu**, 2023.

FAVERO, Sofia; MARACCI, João Gabriel; MACHADO, Paula Sandrine. Travestis, pessoas trans e as controvérsias em saúde. **Colonialidades e ódio às diferenças**, p. 93, 2019.

FAVERO, Sofia Ricardo; SOUZA, Fernanda Hermínia. (Des) patologizar é (des) diagnosticar? Inquietações sobre as disputas por autonomia no campo político. **Revista Periódicus**, v. 1, n. 11, p. 303-323, 2019.

FERNANDES, Maria Inês Assumpção. A subjetividade a luz de uma teoria de grupos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 5, n. 1-2, p. 285-296, 1994.

FERNANDES, Maria Inês Assumpção. **Negatividade E Vínculo: a mestiçagem como ideologia**. Casa do Psicólogo, 2005.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: A vontade de saber**. v. 1. Rio de Janeiro: Graal, 1985. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2940534/mod_resource/content/1/Hist%C3%B3ria-da-Sexualidade-1-A-Vontade-de-Saber.pdf>.

GIANNA, Maria Clara. **CRT DST/Aids-SP implanta primeiro ambulatório para travestis e transexuais do país**. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso), v. 13, n. 2, p. 182-189, 2011.

HALL, Stuart **A identidade cultural na pós-modernidade**. Tradução: Tomaz Tadeu da Silva, Guaracira Lopes Louro-11. ed. -Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HARAWAY, D. Saberes localizados: A questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, [S.l.], n. 5, p. 07-41, 1995. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773/1828>>. Acesso em: 10 julho 2019.

ISAPS. **ISAPS international survey on aesthetic/cosmetic procedures performed in 2021**. Disponível em: <https://www.isaps.org/discover/about-isaps/global-statistics/reports-and-press-releases/global-survey-2021-full-report-and-press-releases/>

JESUS, Jaqueline Gomes. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. **Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião**, v. 2, p. 42, 2012.

JESUS, Jaqueline Gomes de; ALVES, Hailey. Feminismo transgênero e movimentos de mulheres transexuais. **Cronos**, Natal, v. 11, n. 2, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/2150/pdf>>.

LANZ, Letícia. **O corpo da roupa**: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. Letícia Lanz – Curitiba, 2014.

LAQUEUR, Thomas W. **Making sex: Body and gender from the Greeks to Freud**. EUA: Harvard University Press, 1992. 336 p. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/362156/mod_resource/content/1/Thomas%20Laqueur%20-%20Making%20Sex.%20Body%20and%20Gender%20from%20the%20Greeks%20to%20Freud.pdf>.

LEITE JR. J. "**Nossos corpos também mudam**": sexo, gênero e a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico [Tese de Doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2008.

LOURO, Guacira Lopes. **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. São Paulo: Autêntica, 2000.

LOURO, Guacira Lopes. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Pro-Posições**, Campinas, v. 19, nº. 2, pp. 17-23, maio/ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pp/v19n2/a03v19n2.pdf>>.

LÖWY, Ilana. Intersexo e Transexualidades: As tecnologias da medicina e a separação do sexo biológico do sexo social. **Em Construção**: arquivos de epistemologia histórica e estudos de ciência, n. 5, 2019.

MAIA, Gustavo Favini Mariz. **Fronteiras e travessias**: a influência de gênero e sexualidade na negociação subjetiva de homens bissexuais. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná – Curitiba, 2021.

MURTA, Daniela. **A psiquiatrização da transexualidade**: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, João M. de. 2018. Trans-ações de gênero, operando contra o sistema. **Ex aequo** 38: 9-16. DOI: <https://doi.org/10.22355/exaequo.2018.38.01>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. São Paulo: Edusp, 1994. v. 1

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde: CID 11**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2019

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p. (Coleção Temas em Saúde).

PRADO, M. **Ambulare**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2018

PEDRA, Caio Benevides. **Acesso à cidadania por travestis e transexuais no Brasil**: um panorama da atuação do Estado no enfrentamento das exclusões. 2018. 275f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2018.

REIS, Neilton dos; PINHO, Raquel. Gêneros não-binários: identidades, expressões e educação. **Reflexão e Ação**, v. 24, n. 1, p. 7-25, 2016.

PISCITELLI, Adriana. **Gênero: a história de um conceito**. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009.

PISCITELLI, Adriana. "**Re-criando a (categoria) mulher**". In: ALGRANTI, Leila M. (Org.). *A prática feminista e o conceito de gênero*. Campinas: IFCH-Unicamp, 2002. p. 7-42. (Textos Didáticos, v. 48).

PREU, Roberto de Oliveira; BRITO, Carolina Franco. Patologização da transexualidade: uma leitura crítica das transformações ocorridas nas três últimas versões do DSM. *Revista Gênero*, v. 19, n. 2, p. 134-154, 2019.

RIVIÈRE-PICHON, Enrique. **O processo grupal**. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ROCON, Pablo Cardozo et al. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

RUBIN, Gayle. Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. In: VANCE, Carole. **Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina**. Madrid: Revolución, 1989. p. 113-190.

RUBIN, Gayle. **O tráfico de mulheres**: notas sobre a Economia Política do sexo, 1973.

SCARCELLI, Ianni Regia. **Psicologia social e políticas públicas: Pontes e interfaces no campo da saúde**. Zagodoni Editora, 2017.

SCARCELLI, Ianni Régia; JUNQUEIRA, Virgínia. O SUS como desafio para a formação em psicologia. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, Conselho Federal de Psicologia, v. 31, n. 2, p. 340-357, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000200011&lng=pt&tlng=pt>.

SCOTT, Joan Wallach. "Gênero: uma categoria útil de análise histórica". **Educação & Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995, pp. 71-99. Revisão de Tomaz Tadeu da Silva a partir do original inglês (SCOTT, J. W.. *Gender and the Politics of History*. New York: Columbia University Press, 1988. PP. 28-50.), de artigo originalmente publicado em: *Educação & Realidade*, vol. 15, nº 2, jul./dez. 1990.

The International Society of Aesthetic Plastic Surgeons. **Labia Minora Reduction**. Disponível em <<https://www.isaps.org/procedures/body/labia-minora-reduction/>>

WPATH. **World Professional Association for Transgender Health**. Disponível em: <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Portuguese.pdf>

APÊNDICE

ENTREVISTA 1

PARTICIPANTES:

BRUNA: Pesquisadora

FLÁVIA (nome fictício): Psicóloga

BRUNA: Qual é a sua visão, como profissional da Psicologia, no serviço de Saúde Público, sobre a despatologização do corpo trans?

FLÁVIA: Atualmente, eu, enquanto psicóloga, profissional da Saúde, trabalho aqui no ambulatório de atendimento dessa população, nosso caminho de entrada hoje tem sido assim: quando a pessoa adentra o serviço, ela já recebe um diagnóstico e um CID do F64 e as suas variantes, suas variações. Então, quer dizer nós podemos considerar isso como já uma restrição à autonomia do sujeito.

Acho que entender as identidades como uma doença, de certa forma, eu acho que a gente está normatizando o binarismo, a heterocisnormatividade e, principalmente, um olhar biomédico para esse indivíduo.

A experiência que eu venho tendo ao longo desses anos no trabalho com essa população, a gente percebe que a patologia se dá muito mais na vivência de diferentes processos, de exclusão, de perda de direitos e cidadania. Você nota pelo acesso à escolarização, acesso ao mercado de trabalho, o próprio acesso aos serviços de saúde, de lazer... Então, o que acontece é que a subjetividade desses indivíduos acaba ficando marcada pela questão do estigma, pela questão da discriminação e que isso pode se iniciar muito precocemente, geralmente desde a infância.

Grande parte das populações, das identidades trans, elas iniciam os primeiros movimentos com relação a aflorar essa identidade já na infância, então isso acaba acontecendo dentro do núcleo familiar, muitas vezes, e também na escola, que acho que é um

importantíssimo local, vamos dizer assim, se não for de exclusão, muitas vezes acaba sendo um local que acaba trazendo muitas marcas para esse indivíduo, principalmente pelas questões de bullying que hoje em dia a gente tem falado mais a respeito.

Acho que uma armadilha que eu acho que, às vezes, acaba acontecendo para nós, profissionais da saúde mental nesse ponto é que, às vezes, acho que existe uma confusão nesse processo aí da despatologização. Despatologizar, a gente tirar o diagnóstico da cena, da vida dessas pessoas, da autonomia dessas pessoas, não significa que a gente vai esquecer essas trajetórias de vida das pessoas com essas identidades trans, de que há muito sofrimento psíquico. Então, há sofrimento, há dores, há angústias que vão levar, muitas vezes, podem acabar acontecendo de ter um transtorno de ansiedade, uma depressão e tantas outras questões que a gente tem da Saúde Mental. Mas muito mais por esses processos de vivência de exclusão, de perda de direitos e de cidadania, né? Não necessariamente, na minha visão, pela questão das identidades.

BRUNA: Mas então, nesse caso, como é que você vê o CID funcionar, como você disse, como essa porta de entrada para o serviço?

Então, a gente ainda não tem, vamos dizer assim, a gente não teve essa mudança, né, então isso se iniciou, a gente tem esse movimento muito forte biomédico, desde que se inicia a questão do transexualismo e isso vai ficando, né? Então, ainda a gente tem muitas lutas ainda pela frente nessa conquista de direitos e para a autonomia do sujeito, mas ainda não se tem uma resposta mesmo para essa questão.

Então, teve toda essa mudança agora, esse movimento, mas os serviços de saúde pública eles ainda funcionam dessa forma, como se as identidades trans todas elas tivessem necessariamente que ter acesso também a procedimentos médicos e que não é uma verdade, nem todos querem ter acesso a cirurgias ou a Tratamento Hormonal. E mesmo que quando isso seja feito, que ele não precisa ter um CID. Então, por exemplo, a gente tem a gestante que acessa o serviço de saúde e nem por isso a gente está trabalhando com uma questão de doença, né?

Então, isso poderia ser feito, a gente não precisa assim... Por muito tempo foi se justificando de que era necessário se ter a CID porque, para se ter acesso a esses procedimentos, como é que você vai justificar um Tratamento Hormonal, como é que você vai justificar uma cirurgia se essa pessoa não tem nenhuma doença? Então, ela está ali acessando tudo isso com que finalidade?

Mas é um processo longo ainda, a gente ainda tem essa portaria do processo transexualizador, então a gente ainda segue alguns critérios dessa portaria, por exemplo, dos segmentos de saúde mental por dois anos, para que a pessoa submeta a cirurgias ela ainda precisa estar em acompanhamento fazendo o Tratamento Hormonal, os segmentos de Saúde Mental... É um caminho difícil, né, é um caminho difícil. Não quer dizer que, se a gente tirar a CID essas pessoas necessariamente vão ficar desassistidas, não é isso, mas é uma luta que já vem aí de décadas!

Tem essa questão do poder biomédico, nós mesmo já enfrentamos a questão do ato médico na saúde mental. Não é tão simples, não sei se respondi esse pedaço. Mas assim, a gente ainda tá tentando, estamos tentando tirar essa questão da CID.

BRUNA: Então, pelo que eu compreendi, deixa eu só ver se eu compreendi da forma correta, você acha que não há necessidade, não necessariamente precisa de um CID para acessar o serviço de saúde, foi o que eu compreendi.

FLÁVIA: Isso, isso.

BRUNA: Você acha que essa visão que você tem reflete no serviço como um todo, se é unanimidade dentro dos serviços de saúde, entre os psicólogos ou não?

FLÁVIA: Para os psicólogos eu acho que essa é uma realidade já muito mais próxima, né? Agora, o problema é que a gente sempre trabalha com equipes multiprofissionais. Mas pensando na nossa categoria dos psicólogos, sim, acho que é muito mais próximo. A gente tem muitas discussões nesse sentido. Por exemplo, aqui no CRT mesmo a gente realiza o grupo de psicólogos que é todo mês, esse grupo com psicólogos da rede dos mais diferentes serviços: tem das UBS, dos CAPS, o pessoal que trabalha com a Medicina voltada para família. Então, a gente tem diferentes profissionais trabalhando e discutindo essas questões. A gente, a gente vê que, sim, que é uma questão, um movimento muito forte da despatologização dentro da categoria dos psicólogos.

BRUNA: Já em outras categorias não tanto, já tem umas visões um pouco mais múltiplas?

FLÁVIA: Sim, sim, aí a gente já tem um pouco mais de resistência. Por exemplo, mesmo essa questão que a gente solicitava um laudo do psiquiatra... Então, para cirurgias, era necessário um laudo do psicólogo, de um psiquiatra e do endócrino - por conta do Tratamento

Hormonal, o endócrino, e do psiquiatra e do psicólogo para as questões de saúde mental. E aí, quando a gente tira essa questão do relatório, do psiquiatra, isso vamos dizer assim desestabilizou um pouco.

Foram várias reuniões, que estão sendo feitas ainda hoje com os profissionais, médicos, cirurgiões, principalmente da classe médica, né, acho que aí é o maior foco de resistência, para justamente falar assim: olha, mesmo seguindo a portaria do processo transexualizador, lá diz que o profissional pode ser psicólogo ou psiquiatra. Então, não há necessidade de que se tenha os dois profissionais envolvidos, pode ser um ou outro. Mas a gente tem encontrado ainda muita resistência por parte do da classe médica, principalmente.

BRUNA: Mas da classe dos psicólogos você não vê essa resistência?

FLÁVIA: Não, não, quanto a essa questão, não. Assim, lógico, do que eu conheço, eu tô dizendo, assim, o alcance que eu tenho aqui, entre o nosso serviço porque... enfim, pode ser que, realmente, tenham outros profissionais que tenham uma forma bem diferente de pensar, assim como a gente tem inclusive pessoas trans que chegam aqui para nós e falam que já passaram por processos superinvasivos e antiéticos de outros profissionais da nossa categoria, que vêm com aquelas propostas estapafúrdias tipo “cura gay”, né, seria a “cura trans”. Então, isso existe. Mas dentro dos profissionais que eu acompanho do serviço público, o movimento está bem fortalecido. Inclusive com apoio do CRP, do Conselho Federal também.

BRUNA: E você acha que, nesse caso, então, da forma que você colocou sobre todas essas questões dessas disputas de poder, o diagnóstico acaba sendo um dispositivo de poder?

FLÁVIA: Sim, com certeza. Acho que é um dispositivo de poder tanto mais para reafirmar também a necessidade desses profissionais, né? Por exemplo, a necessidade de você ter um psiquiatra fazendo parte da equipe. É lógico que, não estou decaracterizando o papel desse profissional, ele tem acho que uma questão ímpar no tratamento, na saúde mental das pessoas, mas não enquanto um profissional que você vai pensar assim “nossa, é imprescindível que a gente tenha esse profissional na equipe”.

Essa pessoa pode ser acompanhada por um psicólogo, por exemplo, e de repente ter essa assessoria de um psiquiatra, que vamos dizer assim, que nem trabalhe nesse serviço. Lógico, se ele estiver nesse grupo tanto melhor, porque a gente sempre pode ter questões aí que precisam

também de uma avaliação mais cuidadosa da Psiquiatria, precise entrar com alguma medicação. A gente pode ter quadros psicóticos, por exemplo, também. Não que eles estejam relacionados diretamente às identidades trans, mas sim porque uma pessoa pode ter um transtorno afetivo bipolar e precise de um tratamento mais especializado, independente de como ela se identifica quanto ao gênero.

BRUNA: Compreendo... Então, pelo que eu percebi, você acredita que, de novo, tem mais a ver com a forma que a Psiquiatria vê, não tanto como a dos psicólogos. Então quando a essa disputa de poder você acha que está mais concentrada com os psiquiatras do que com os psicólogos?

FLÁVIA: Também tem uma questão de outros profissionais, não só da Psiquiatria, de ter uma garantia, de ter uma cobertura também, de que a partir do momento que essa pessoa tem um diagnóstico, por exemplo, no caso de um cirurgião, como seria para um cirurgião fazer um procedimento em alguém que você não tem um respaldo, de repente, de um outro colega dizendo que aquela pessoa tem ali um diagnóstico? Isso se a gente pensar em termos lá na frente, em termos de processos, né?

BRUNA: Mas isso eu não sei por que, por exemplo, quando faz cirurgia plástica não precisa de um laudo, né? Assim, por exemplo, uma mulher Cis que coloca silicone, ela não precisa de um laudo para colocar. E aí o cirurgião, nesse caso, ele já não tem a necessidade desse respaldo, mas precisaria com pessoa trans?

FLÁVIA: Então, não precisaria, né? Mas o que acontece? Por você não ter que, sei lá, responder a um processo vamos dizer assim, lá na frente, por uma mutilação... Um homem trans, de repente, que retira as mamas e aí pode falar que ele tá sofrendo um processo de mutilação ou mesmo uma mulher que se submeta né, a uma transgenitalização, falar que “olha não era bem isso, talvez não fosse, não tivesse uma identidade a qual eu quisesse me submeter a essa cirurgia”, não deixa de ser uma forma de se proteger, né? Eu entendo como uma questão de proteção.

BRUNA: Mas você acha que essa proteção só é quando se trata de pessoas trans, mas não de pessoas Cis, quando as pessoas Cis fazem cirurgias que também são invasivas?

FLÁVIA: Então, mas aí é que tá, como é que funciona, uma pessoa Cis, se ela falar que ela vai querer, ela vai chegar lá e vai falar assim: “olha, não gosto dessa minha parte do corpo,

eu tenho mamas e eu não quero ter mamas, eu quero tirar”. Provavelmente, o profissional que for indicar ela para a cirurgia vai querer que ela tenha um laudo. Porque nenhum médico vai tirar as mamas ou vai tirar simplesmente o pênis de um homem se ele falar assim: “olha, é uma parte do meu corpo que me incomoda”. Porque aí, o que normalmente eles avaliam é que você já vai cair numa outra questão de... me deu um branco agora.

BRUNA: E então acho que no caso de cirurgias de caráter sexuais precisa de um laudo, mas outras cirurgias não, por exemplo, uma cirurgia de nariz ou uma rinoplastia ou colocar silicone? É porque seria por ser de caráter sexual? Não compreendi.

FLÁVIA: Não, na verdade, não é porque elas são de caráter sexual. O que eles entendem é que é de caráter mutilatório, né? Então, por exemplo, não se pode fazer uma retirada dos testículos a não ser que você realmente tenha tido algum problema grave. Isso é uma parte mais voltada lá para a questão da área médica, não domino tão bem como é que funciona tudo isso lá para eles, mas o que eu sei é porque são consideradas cirurgias de mutilação. Então, por exemplo, mesmo uma mulher trans, ela não pode fazer uma cirurgia, como já muitas solicitaram, de retirada dos testículos. Ou você faz a transgenitalização ou você não faz. Então, você não pode fazer, porque aí entende-se como uma mutilação.

BRUNA: Entendi. Mas aí como é que você acha que fica a questão da autonomia sobre o corpo?

FLÁVIA: A gente tem uma autonomia, mas até certo ponto, né? É isso que eu estou te falando, se uma pessoa chega para um cirurgião plástico, o que é entendido como cirurgia estética você pode fazer. Agora, cirurgias de mutilação, que eles entendem como cirurgias de mutilação. Por exemplo, “nossa, eu tenho uma distorção da imagem corporal, né, e eu não quero ter esse braço”.

BRUNA: Mas aí a gente acho que acaba voltando para o CID de novo, né?

FLÁVIA: Sim.

BRUNA: Então, no caso, que a autonomia da pessoa trans tem que passar de novo pelo CID para alguém dizer se ela não tem, por exemplo, uma distorção de imagem? Não sei...

FLÁVIA: Exato.

Mas esse processo, então, de novo, passa por uma patologização do corpo?

Sim, esse é o problema, o problema é fazer essa desconstrução, né? Fazer essa desconstrução de tudo isso que já vem acontecendo aí há décadas. Como que a gente faz? Não é tão simples assim, até porque, é isso que eu estou te falando, a gente tem uma questão direta também com os profissionais da área médica. Isso ainda é muito forte. Tanto que, quando teve essa discussão da CID, ele só mudou de lugar, né? Vamos dizer assim, ela não foi retirada completamente, só passou para a área de cirurgia, de questões sexuais. Mas mesmo assim, não foi retirado completamente, isso vai demorar muito tempo ainda para que a gente consiga chegar lá nesse entendimento deles, de que há essas cirurgias que eles consideram como mutilatórias, né.. Então, independente da... o sujeito não tem essa autonomia.

BRUNA: Então, voltando para nós, psicólogas, aí o nosso trabalho fica mais dentro a dar um respaldo para a classe médica ou trabalhar a autonomia de quem a gente atende? Como é que você vê essa dualidade?

FLÁVIA: Nós costumamos trabalhar essa autonomia do sujeito, mas infelizmente acho que, nesse momento ainda que nós estamos, que a gente ainda tem essa luta ainda, que tá sendo encabeçada aí, que continua e vai continuar ainda por um bom tempo, a gente não consegue fazer com que o indivíduo faça uma cirurgia, hoje em dia, sem ter as CID, independente se ele estiver no serviço de saúde pública ou se ele estiver no consultório particular.

BRUNA: Isso o indivíduo trans, no caso, né?

FLÁVIA: Sim, sim.

BRUNA: Mas você acha que a assistência à saúde mental, ela precisa passar por um laudo da pessoa trans?

FLÁVIA: Se ela precisaria de laudo? Depende, nem toda pessoa trans precisa de um relatório. Quando a gente atende pessoas aqui que simplesmente estão fazendo esse processo numa transição social, hoje em dia elas podem fazer a mudança do prenome diretamente no cartório... Então, tudo isso, algumas coisas já caíram por terra. A pessoa pode seguir livremente.

A questão do Tratamento Hormonal também, a pessoa inicia hoje em dia um Tratamento Hormonal e ela não precisa de nenhum relatório. Antes precisava, tanto para a mudança do prenome, quanto para iniciar um Tratamento Hormonal. Hoje em dia as pessoas podem fazer

isso pela sua própria questão da sua identidade e diante da sua autonomia. Ela passa com um profissional de saúde mental para ver se ela tem demandas, se ela tem questões que ela precisa, que ela gostaria de trabalhar, mas não necessariamente porque ela precisa de um relatório para iniciar esse tratamento. Hoje é feito isso na rede pública, tá?

Agora, quando a gente chega no caráter ‘cirurgias’, aí a gente volta para esse modelo antigo. A gente ainda não conseguiu, como eu te falei, a gente tem trabalhado toda essa questão... Então, quando foi tirado o relatório do psiquiatra, já foi, assim, né? Como assim, como que a gente vai dar continuidade a esse processo sem o relatório do psiquiatra? Então, estamos caminhando ainda para que chegue lá. Mas enquanto houver esse entendimento de que tem cirurgias que são de mutilação e que o sujeito não tem autonomia, ainda, então isso ainda precisa ser revisto. E aí vai continuar essa questão ainda, por enquanto, dos relatórios para cirurgias.

Agora, até porque assim, não é só questão... Nós psicólogos, como que a gente encara nesse processo todo quando a gente faz um relatório? É muito mais do que... não existe essa questão assim, “ah, é uma pessoa trans ou não é”. Não é esse o centro da nossa questão.

A gente vai investigar a questão da dinâmica desse indivíduo, como que ele se relaciona socialmente, como que é a vida dessa pessoa, como que está estabelecida na questão de trabalho, de estudo, qual é autonomia desse sujeito para lidar com essas questões, com essas mudanças. Se essa pessoa tem uma maturidade para se submeter a esse processo, não tem, se é uma pessoa que está equilibrada do ponto de vista de saúde mental... A gente precisa, ainda, dar suporte. Como que está estabelecido isso, essa pessoa tem como, tem uma rede de apoio para esse procedimento? Então, é mais nesse sentido. O relatório do psicólogo, hoje em dia, é feito nessa questão, não é para dizer se a pessoa é trans ou não é, porque quem diz se a pessoa é trans ou não é ela mesmo, né?

BRUNA: Entendi. Então você acha que não corre o risco de acabar caindo em estereótipos de masculinidade e feminilidade, dessa figura do verdadeiro transexual? Você acha que caiu, não tem esse risco?

Essas questões mesmo a gente pensando, hoje em dia, como é que tá o atendimento na saúde pública para as pessoas trans, a gente imagino o que a gente já evoluiu um pouco já desses estereótipos. Por exemplo, aqui a gente atende todas as identidades. Então gênero fluido, outras identidades - são tantas que a gente nem sabe dizer, né, a gente, geralmente, está sempre focado

nas que são mais comuns, a nossa. E que não deixa de ser um reflexo do que a gente tem hoje na sociedade, que é esse modelo... Enfim, por mais que a gente avance no movimento LGBTQIA+, a gente ainda tem uma questão da heterocisnormatividade vigente. Muitas pessoas ainda seguem essa cartilha.

Mas em questão de estereótipos, não. Então, a gente já tem, por exemplo, pessoas que se identificam com outros gêneros, que não querem fazer o uso de hormônios de testosterona, mas querem tirar as mamas... A gente faz esse segmento até mesmo por conta disso, a gente tem que ver como que é isso para essa pessoa, qual que é essa questão com esse corpo.

BRUNA: Eu acho que isso também me traz uma dúvida, pensando na Psicologia: você acha que acaba que é possível que essa assistência do psicólogo possa ganhar um caráter um pouco compulsório, e isso de alguma forma prejudicar o processo?

FLÁVIA: Sim, totalmente, porque são poucas as pessoas de verdade que fazem realmente um processo de reflexão. Quando isso está estabelecido que você necessariamente tem que passar com um profissional da Psicologia ou da Psiquiatria que seja para obter um relatório para uma cirurgia, por exemplo, as pessoas vão dizer, vão querer dizer aquilo que as pessoas querem ouvir e não necessariamente vão estar fazendo um processo realmente de reflexão, terapêutico. É comum.

É muito comum expectativas altíssimas em relação ao procedimento e a gente tenta trabalhar com relação a essas expectativas. Mas o que acontece? Mesmo tentando entrar nessa questão, muitas vezes a gente não obtém sucesso, e aí a gente vê esse resultado no pós-operatório. A gente vê uma frustração, uma série de questões vêm à tona. Porque a pessoa imagina que vai ser de um jeito, e aí lidar ou não lidar com aquele corpo novo e ver, por exemplo, que expectativas sociais não foram alcançadas, né, que é muito comum isso, as pessoas ficam muito frustradas. Ou achar que aquele procedimento é um procedimento mágico, não entende que é um procedimento supertrabalhoso, que você pode ter que submeter a retoques depois, que você tem expectativa que vai ficar A e vai ficar B, que você tem que usar de alguns subterfúgios depois como, por exemplo, sempre tem que usar um gel lubrificante para ter uma relação sexual, usar um molde para fazer dilatação se você não tiver uma parceria fixa, né? Então, normalmente, as pessoas não têm escuta para essas questões.

BRUNA: Quando você fala de atender expectativas sociais, que às vezes as expectativas sociais não são atendidas, seria em que sentido?

FLÁVIA: Assim, é um termo que muitas pessoas trans acabam utilizando que é o da “passabilidade”, muitas pessoas desejam ter uma “passabilidade” na sociedade. E aí o que acontece é que a busca da cirurgia ela também pode vir nesse sentido e na verdade isso não ocorre, né? Por exemplo, uma mulher trans que de repente ela tem ainda características que ela considera ainda como sendo muito do estereótipo masculino, vamos dizer assim. E ela pensa que fazendo uma cirurgia de transgenitalização é como se ela fosse quase que num passe de mágica ter essa “passabilidade”, e isso não é verdade porque isso é uma cirurgia íntima, né? É uma cirurgia para que ela se sinta bem, se sinta confortável com o seu próprio corpo, mas não que isso mude algo na vida social dela.

Então, às vezes você vê pessoas que não... Por exemplo, até aquela modelo, a Lea T, né, ela fala numa entrevista, ela fala assim: “eu achava que quando eu fizesse a cirurgia, era como se minha mão fosse ficar menor, meus pés, tudo isso fosse diminuir. E na verdade não é nada disso, é uma cirurgia que só vai ter acesso quem tiver acesso à sua intimidade, mas socialmente não muda nada. Você tem outras conquistas sociais que são muito mais importantes como a mudança do registro civil, né? Isso sim realmente é muito mais importante.

BRUNA: Eu compreendo. Acho que eu gostaria de saber é isso. Acho que foi muito significativo, acho que contribuiu muito para a pesquisa. Agradeço extremamente! Se você quiser agora também colocar alguma coisa da sua perspectiva de alguma coisa que você acredita que deveria constar no trabalho, constar aqui na entrevista, você fica à vontade. É o momento agora. Não sei se você quer trazer alguma coisa?

FLÁVIA: Então Bruna, acho que a gente precisa caminhar muito ainda nesses aspectos, né, em relação a essas imposições que a gente ainda tem em alguns relatórios ou praticamente esse atendimento compulsório por parte do psicólogo que, em muito, não ajuda, acho que não faz efeito, a gente apenas acaba cumprindo um protocolo, né? Tanto que a gente acaba... não temos normas rígidas para atendimento dessas pessoas porque é isso, né, a gente vê que tem pessoas que têm um sofrimento que gostariam de trabalhar e outras pessoas que não, que elas querem... que estão aqui realmente só porque “vamos passar por isso porque eu preciso desses acompanhamentos de dois anos para poder chegar lá onde eu quero”, que é a cirurgia, né?

Então, inclusive acho que ele é um fator assim que acaba sendo desmotivador para nós da Saúde Mental, porque acho que não há, dentre tantas coisas difíceis que a gente tem na nossa atuação profissional, acho que uma delas é que você tem que trabalhar com alguém que não

quer estar ali, que não quer estar naquele espaço, que não queria estar passando ali por aquele profissional, que acho que não tem nada a dizer. Então, acaba sendo um fator assim de motivação né?

Ainda temos muitas conquistas aí, muitas lutas ainda pela frente. Quem sabe a gente poder ter mais espaço, por exemplo, para que a gente possa trabalhar realmente com quem quer trabalhar suas dores e sofrimentos. É uma longa caminhada.

BRUNA: Bom, então de novo eu agradeço muito, acho que tem valor inestimável a entrevista na dissertação, ela é o núcleo do trabalho. E acho que vai somar bastante toda pesquisa, eu agradeço mesmo!

FLÁVIA: Imagina! Que bom poder contribuir com você nesse momento, que acho que é um momento muito importante dentro da questão do mestrado, do direcionamento aí dos seus estudos. Eu acho que é sempre bom a gente poder ouvir outras pessoas que trabalham junto com a gente, enfim. São da mesma categoria profissional, mas às vezes com atuações bem diferentes, vamos dizer assim, no seu dia a dia.

Espero ter conseguido te auxiliar um pouquinho aí nessa tua trajetória. Em qualquer dúvida, se você precisar, a gente pode marcar novamente, fazer novos esclarecimentos. Você tem essa parte aí que é muito confusa ainda em relação à questão da CID. Ainda não temos muitas coisas, muitas definições. Eu acho que já conseguimos algumas conquistas nessa comunidade trans, mas acho que a gente ainda tem que continuar nessa trajetória. Então, acho que é muito importante os movimentos, a organização dos movimentos sociais, acho que auxiliam muito.

BRUNA: Bom, obrigada! E, como eu disse, depois que eu transcrever, eu vou mandar para você ver tudo certinho e poder assinar tudo no papel, tá bom? Vai ser teu texto integralmente.

FLÁVIA: Obrigada. Se tiver alguma dúvida que eu puder esclarecer...

BRUNA: Tenha um bom resto de dia.

FLÁVIA: Obrigada, você também Bruna, prazer em te conhecer.

ENTREVISTA 2

PARTICIPANTES:

BRUNA: Pesquisadora

GILMARA (nome fictício): Psicóloga

BRUNA: Qual é a sua visão como profissional da Psicologia no serviço de Saúde Público sobre a despatologização do corpo trans?

GILMARA: Eu trabalho lá no ambulatório trans desde 2014, ou seja, há 8 anos que eu atendo lá. Desde que eu estou lá, quer dizer, a diretriz do ambulatório é sempre nesse sentido de não considerar a transexualidade uma patologia. Ninguém da nossa equipe considera a transexualidade uma patologia.

Eu vou começar falando como é que chegam os pacientes, como é que as pessoas chegam, que aí talvez fique mais fácil entender onde é que a Psicologia também entra.

Então, em geral, as pessoas trans acessam ao nosso serviço ou presencialmente - elas ficam sabendo por alguém, por algum conhecido ou pela mídia, e aparecem lá no ambulatório. Elas são acolhidas num primeiro momento ou por algum psicólogo que está lá de plantão, ou pela única assistente social que a gente tem. Então, no primeiro momento, tem esse acolhimento.

A partir do acolhimento, a gente vê as demandas dessa pessoa e ela vai para agenda de um psicólogo. Aí o psicólogo atende essa paciente, esse paciente, com o foco não numa avaliação se a pessoa é ou não é trans, a gente não tá ali para validar ou para determinar, julgar. A gente faz o atendimento, percebe como é que essa pessoa está, mais no sentido de avaliar saúde mental, a qualidade da saúde mental desta pessoa.

Porque a gente observa que tem muitos transtornos: é ansiedade, depressão, né, outras situações, outras queixas que elas, na verdade, decorrem de preconceitos, de estigma,

discriminação, todo sofrimento pelo qual essa pessoa passou ao longo da vida em função da sua transexualidade.

Então, o nosso trabalho básico é esse, é como que a gente consegue auxiliar, dar um suporte para que essa pessoa consiga se emponderar, consiga aprender alguns manejos de como lidar com essa violência aquela sofre, que ela sofreu, os desafios no trabalho, principalmente, quem ainda não tem o nome retificado.

Essa questão do nome retificado é fundamental para facilitar um pouco a vida, um pouco não, facilita muito a vida das pessoas porque, dependendo do visual da pessoa, quer dizer, se apresenta com documento no nome masculino e a pessoa é uma menina, é uma mulher trans - uma mulher trans que não retificou o nome. Fica aquela incongruência, aquela confusão, todo mundo começa a achar que é um golpe, enfim. Então essa retificação do nome ela é superimportante para a saúde mental das pessoas.

Quando a pessoa chega no atendimento da Psicologia já com um percurso feito? Então, tem muitas mulheres trans que já tomaram, já vêm tomando hormônio há muito tempo por conta própria e já tá assim totalmente integrada com os caracteres femininos, já tem uma aceitação social, profissional, familiar, é muito tranquilo. Então, essa pessoa tem uma demanda de cirurgia... A gente vai seguindo essa pessoa. Às vezes, ela muda de ideia, às vezes não. Então a gente vai trabalhando qual é a fantasia que ela tem relação a cirurgia, qual a expectativa, qual é a função na vida dela.

Quando as pessoas estão assim com essa situação mais resolvida, todo o percurso de dois anos ele é mais ou menos tranquilo. Agora tem outras pessoas que chegam e não têm essa situação amadurecida, está iniciando um processo, mas ela não sabe muito bem se ela se ela é uma pessoa trans, se ela é binária, não binária... Então a gente fica com essa pessoa um tempo até que ela consiga se definir um pouco melhor, porque o que a gente não pode correr o risco é de harmonizar precocemente sem que a pessoa tenha isso mais integrado, que ela tenha mais consciência do impacto disso na vida social, familiar, afetiva.

Então, o cuidado da Psicologia, do psicólogo é saber ali junto com o paciente, com a paciente, o tempo de iniciar algum procedimento. Então tem essa questão da harmonização e muito mais ainda quando você fala na cirurgia, quer dizer, se você não consegue realmente ter um percurso com essa pessoa de preparo, de saber se ela realmente quer a cirurgia, ela pode realmente no pós-cirúrgico ter muitas complicações.

BRUNA: E essa perspectiva do que você falou do cuidado para ver se está pronta para começar a hormônio terapia ou se está pronta para cirurgia, como é que ficaria, por exemplo, a questão da autonomia da pessoa de tomar essa decisão da hormônio terapia ou da cirurgia, por exemplo?

GILMARA: Essa pessoa no sistema privado, ela tá meio por conta em risco. Se ela chegar no médico de convênio, ou no médico privado, e quiser fazer uma organização e quiser fazer a cirurgia, ela simplesmente vai pagar e vai fazer. Ela não vai ter nenhum segmento psicológico. E aí existe um risco, na nossa avaliação existe um risco de que ela se precipite, que haja um procedimento antes que ela esteja com essa questão amadurecida.

Esse tempo de dois anos que a gente tem no serviço público que faz cirurgia é uma grande margem de segurança para essas pessoas, porque tem gente que tem dinheiro vai para o exterior, faz a cirurgia. Mas o como ela volta da cirurgia, né, as complicações, ela fica solta.

Tem gente que eventualmente faz a cirurgia sem o acompanhamento psicológico e se arrepende de fazer, mas aí já tá feito. É que não tem reversão. Então, eu acho que o sistema, o fato da gente ter esse cuidado, esse acompanhamento, durante dois anos no SUS é uma margem de segurança.

Quer dizer, o movimento social fala muito na autonomia, defende a autonomia e tal, mas a nossa questão é não fazer nenhum... evitar que aconteça algum malefício, algum prejuízo em relação a essas pessoas porque, às vezes, ela acha que se encaixa naquela caixinha trans, mas de repente não é.

Então você precisa ter um pouco de tempo, um pouco de segmento para que a pessoa tenha segurança, ela mesma tem a segurança. Essa despatologização, a gente nunca considerou, a gente não trabalha nessa perspectiva da patologização, mas essa autonomia extrema tem riscos.

BRUNA: Tem riscos. Então, já aconteceu, é frequente, por exemplo, essa questão de arrepender?

GILMARA: Olha, eu não tenho nenhuma paciente que tenha feito a cirurgia no exterior, todas as minhas pacientes - eu tenho várias pacientes que fizeram a cirurgia via SUS e que seguiram na nossa equipe, agora os colegas têm. Tem uns colegas lá da equipe que já atenderam

peessoas que vieram com uma cirurgia de fora, cirurgia não só no exterior, mas assim feito por um outro profissional privado no Brasil com queixas, “Ah então não ficou bom”.

Mas a gente não vai consertar o trabalho já feito de um outro profissional. E às vezes, esse “consertar”, qual é o sentido disso? Às vezes elas procuram uma perfeição que é fantasiosa, que é um sintoma. Então a gente também fica muito atenta a essa situação. Eu tenho um paciente que está sempre procurando algum retoque, “Ah, eu queria que fizesse isso, fizesse aquilo”, uma hora muda uma parte do corpo ou outra, quer dizer, a gente tenta entender com um pouco mais de profundidade qual é o significado dessa busca, né, da perfeição ou da passabilidade dessas pessoas.

BRUNA: Então funciona assim, a pessoa faz o acompanhamento, faz avaliação para ver se ela está pronta para iniciar esses procedimentos da Hormônio Terapia e da cirurgia, é isso? Mas você acha que existe é a possibilidade do laudo, dessa avaliação acabar funcionando como estigmatização para a pessoa?

GILMARA: Se o laudo pode virar um estigma?

BRUNA: Sim, se existe essa possibilidade de ser um vetor de estigmatização. Vou explicar meu raciocínio: por exemplo, uma pessoa CIS quando vai fazer uma cirurgia plástica, ela não costuma passar por uma avaliação. Então, você acha que, de forma geral, talvez cirurgias estéticas ou de caráter sexuais deveria passar por uma avaliação?

GILMARA: Olha eu não chamaria a cirurgia de redesignação sexual como uma cirurgia simplesmente estética, né? Eu acho que é diferente... Assim, ah você quer fazer uma remoção do pomo de Adão, é uma coisa um pouco mais simples, né, e que várias pacientes fazem. E isso elas fazem sem laudo, fazem por conta e risco.

Agora, quando você faz uma transgenitalização, é algo muito mais sério. Então, a gente até tá tentando evitar esse termo “laudo”, a gente tá chamando de relatório, relatório de equipe, relatório profissional, porque o laudo parece que tem uma coisa muito médica. E na verdade a gente faz algo além do biológico, a nossa avaliação é muito além do biológico. A gente está trabalhando no sentido... a gente está mudando esse termo, na verdade.

BRUNA: Entendi, é uma avaliação biopsicossocial, multifatorial.

GILMARA: Sim. E é sempre no sentido de proteger a paciente porque, por exemplo, a gente tem pacientes muito precarizadas socialmente. Precarizada socialmente que eu digo, não tem um... por exemplo, um pós-cirúrgico... um pós-cirúrgico é muito complexo, demanda muitos cuidados. Daí tem pacientes que moram em situações muito, muito precárias. Então, isso a gente considera, a gente precisa considerar este cuidado, porque senão a gente coloca a pessoa em risco.

BRUNA: Averiguar se tem uma rede de apoio, por exemplo...

GILMARA: Sim, uma rede de apoio, a coisa básica mesmo, de higiene, de cuidado, de entendimento do que fazer, né? Porque tem a história dos moldes, da dilatação, que precisa fazer para conseguir manter o canal depois da cirurgia, então, a questão do relatório é uma avaliação geral. No campo da Psicologia, sei lá, se a pessoa tá num momento de muita depressão, de muita ansiedade – ansiedade a pessoa vai ficar um pouco, pelo menos, porque não é uma cirurgia tão simples, mas por exemplo uma situação de um luto recente, a pessoa tá deprimida, talvez não seja aquele momento adequado para ela se submeter uma cirurgia de grande porte. Então a gente tenta ver, sabe, todas essas facetas, todo esse contexto dessa pessoa.

BRUNA: E sobre o acompanhamento, bom, você até tinha dito que tinha pessoas, por exemplo, que nem optavam pela cirurgia...

GILMARA: Elas mudam de ideia.

BRUNA: Aí o acompanhamento que você falou tem muito a ver com o fato dela ser trans e como a vida está ao redor dela, a discriminação e tudo que ela passa...

[falhas no áudio, pausas]

GILMARA: Você tinha falado das pessoas que desistem...

BRUNA: Isso, que não fazem a cirurgia e acaba que elas trabalham no acompanhamento psicológico e outras questões ligadas a discriminações que elas passam nos ambientes... Mas as pessoas quando elas procuram o ambulatório, elas já conhecem esse apoio psicológico ou no geral elas costumam procurar mais por uma questão biológica e lá encontram o acompanhamento psicológico?

GILMARA: Eu não sei te dizer se elas esperam ser atendidas por uma equipe multi, eu acho que algumas sabem porque têm amigas que já passaram e comentam, mas não sei, talvez não, talvez seja para algumas a primeira vez que elas se sentem atendidas por tantos profissionais, né? Tem o psicólogo, tem o psiquiatra, tem o endócrino, tem a nutricionista, a enfermagem, a clínica, quer dizer, ter uma equipe enorme de pessoas e essas pessoas, geralmente, sofreram tanto preconceito no SUS e que nem conseguiam ir para uma UBS, que eu acho que elas ficam até surpresas de chegarem lá e terem essa... elas podem usar, por exemplo, o nosso serviço odontológico, porque o CRT AIDS tem um serviço odontológico para os pacientes HIV, hepatites e tal. E como ambulatório trans está dentro do CRT, todas as pessoas, os usuários, usuárias do ambulatório trans tem acesso e direito a toda a estrutura. Então tem exames, enfim.

BRUNA: Eu compreendo. Então, essas pessoas quando chegam se deparam com a terapia? Como é que costuma ser, por exemplo, essas pessoas que talvez não soubessem que iam ter todo esse acompanhamento, todos esses profissionais ao redor dela, como é que costuma ser a reação das pessoas de ter todo esse acompanhamento, de poder fazer a terapia?

GILMARA: Então, como é que a gente atende - que é uma diretriz do ambulatório, do Ricardo que é o nosso diretor? Nós avaliamos a situação a condição daquela pessoa, se ela tem muitas questões, um transtorno de ansiedade muito grave, uma depressão, eventualmente uma pessoa que tem um transtorno borderline, pessoas que se mutilam, pessoas que têm um quadro mais grave, eu costumo atender uma vez por semana. Então, a pessoa vai ter um segmento semanal até que ela consiga melhorar, resolver algumas questões.

Nessas situações mais graves, eu encaminho para psiquiatria, eventualmente, para ter um suporte medicamentoso que também ajude um pouco a aliviar os sintomas. Nem todos os meus pacientes vão para psiquiatria, porque tem pessoas que chegam muito resolvidas, que já estão integradas socialmente com família, tem parceiro, trabalha, estuda. Essas pessoas não têm necessidade, não faz sentido elas acompanharem semanalmente, então eu acabo acompanhando uma vez por mês, uma vez a cada dois meses, porque esses pacientes vão para o ambulatório trans para consulta com endócrino, né, que aí é obrigatório: a pessoa tem que ir mesmo, presencialmente, tem que fazer coleta de exames para acompanhar os níveis hormonais. Então, geralmente eu acabo atendendo, adaptando os horários, a periodicidade.

Mas quem tá bem, quem não tem nenhuma questão, não tem obrigatoriedade, não faz sentido. Isso aí tá até também naquele guia lá da W4, né, que não faz sentido você obrigar a pessoa a comparecer sem necessidade. Agora, por exemplo, tem pessoas que fazem a cirurgia e que pedem para retornar para psicologia. Então, há mulheres trans que não estão sabendo lidar com a sexualidade, porque elas mudaram, elas desconhecem, no primeiro momento, a neovagina. Então elas vêm com questões sobre sexualidade. Tem meninos trans também, que voltam, que pedem para voltar, para saber como trabalhar essa questão da afetividade.

BRUNA: Entendi. Então, eu creio que seria isso. Acho que uma pergunta só para fechar, disso tudo o que você me trouxe, na sua visão, o que você acha que é o cerne, você na sua visão como psicóloga, de trabalhar com essas pessoas trans? O que essas pessoas é precisam, buscam, do psicólogo, da gente?

GILMARA: Eu não sei generalizar, eu acho que cada um busca alguma coisa dependendo do momento. Então assim, por exemplo, tem pessoas que num primeiro momento estão muito focadas nessa questão, sei lá, da organização ou da mamoplastia. A hora que aquilo sai da frente, que ela se permite trabalhar outras questões, que abrem espaço para outras questões. Parece que a energia dela estava totalmente voltada a resolver o nome, resolver o hormônio, e a hora que aquilo começa, que o processo começa ela vai se abrindo para outras questões. Então eu acho que é depende muito do tempo de cada um, do momento também de cada um.

BRUNA: Entendi. Bom então acho que era isso, queria te agradecer muito por ter conseguido essas entrevistas, foi muito valiosa. É uma pena que tenha sido corrompido o arquivo da outra, mas eu acho que foi interessante também, acabou que eu achei interessante fazer de outra vez que me fez pensar em outras coisas, me fez até querer saber algumas outras coisas, algumas novas informações. Então acho que pelo menos o meu ponto de vista valeu!

GILMARA: Queria mesmo te agradecer por ter disponibilizado esse tempo, eu preciso te mandar esse termo de consentimento. Preciso te mandar isso, mas aí como eu não tenho scanner essas coisas aqui em casa, eu resolvo isso durante a semana. Espero que dessa vez tenha dado tudo certo!

BRUNA: Vai dar vai dar. E pode ficar tranquila e mandar no seu tempo o termo não tem problema.

GILMARA: Boa sorte no seu trabalho, na sua dissertação e aí nos avise quando for a defesa, de repente se você tiver interesse em apresentar lá para a equipe depois que tiver tudo concluído.

BRUNA :Ah Que ótimo não pode deixar eu aviso, sim, tá bom!

GILMARA: Bruna um abraço aí para você.

BRUNA: Abraço, bom fim de semana tchau.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa: **“Uma Reflexão sobre o Acesso das Pessoas Tran à Saúde Pública no Brasil: o caso de São Paulo Capital”**. O objetivo das entrevistas é ampliar a compreensão e aprofundamento no estudo proposto.

Informamos que:

O(a) entrevistado (a) não terá benefício financeiro com a participação, uma vez que se trata de uma pesquisa sem fins lucrativos, que contempla a área da Psicologia Social e do Trabalho e que será utilizada para o mestrado da pesquisadora responsável Bruna Danielle Madeira Araujo.

- O benefício resultante da participação será o de refletir sobre sua prática. Além disso, irá contribuir para o conhecimento científico sobre a temática estudada
- O objetivo da pesquisa é fazer uma reflexão sobre o acesso de pessoas trans à saúde pública, problematizando a necessidade do diagnóstico para o acesso aos serviços públicos de saúde, buscando a visão dos profissionais da psicologia no serviço de saúde público sobre a despatologização. Por isso a necessidade das entrevistas com os profissionais.
- O(a) entrevistado(a) está suficientemente esclarecido(a) dos riscos mínimos, que consistem na exposição da opinião e falha de compreensão do argumento proposto e poderá, a qualquer momento, solicitar outros esclarecimentos a esse respeito. Para minimizar quaisquer possibilidades de falhas de interpretação no decorrer do trabalho, a entrevista será integralmente transcrita nos anexos da dissertação com a devida assinatura dos entrevistados.
- O estudo será composto de duas entrevistas, com uma única pergunta, cada uma com um psicólogo, que não poderão ser refeitas nem alteradas após o encerramento, com duração máxima de 20 minutos para as respostas, visando esclarecimentos à hipótese

aventada pela pesquisa.

- As entrevistas serão gravadas em arquivo digital (formato 3gpp ou similar). Os registros ficarão em posse da principal pesquisadora por tempo indeterminado. As transcrições das entrevistas, bem como os arquivos em áudio, poderão ser disponibilizados ao entrevistado(a), mediante solicitação. Devido à Pandemia de Covid-19, se não for possível realizar as entrevistas presencialmente, elas serão feitas através do programa de software de videotelefonia Zoom, onde elas serão gravadas por recursos possibilitados pelo próprio programa. A imagem do entrevistado não será utilizada, distribuída ou veiculada qualquer tipo de mídia. Se o entrevistado preferir, poderá deixar a câmera desligada, mantendo apenas o áudio.

Em qualquer etapa do estudo, o entrevistado(a) terá amplo acesso à profissional responsável pela pesquisa para eventuais esclarecimentos. A principal pesquisadora é Bruna Danielle Madeira Araujo mestranda em Psicologia Social e do Trabalho, sob a orientação de Maria Inês Assumpção Fernandes, da Universidade de São Paulo, localizada no endereço: Avenida Professor Mello de Moraes, 1721 – Butantã, São Paulo/SP, CEP: 05508-030. A pesquisadora Bruna Danielle Madeira Araujo pode ser contatada através dos telefones

(11) 987550771 e do e-mail: brunamadeira@usp.br. O Dr. Eduardo Ronner Lagonegro, do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids (CEP- 04121-000), pode ser contactado no telefone (11)5087-9837, de segunda a sexta-feira das 9 às 12h.

- Por ter caráter facultativo, em qualquer momento da pesquisa, o(a) voluntário(a) poderá retirar o consentimento e desistir da participação, independente do motivo, sem qualquer prejuízo.
- A pesquisadora tratará a identidade do(a) participante e da Instituição segundo padrões profissionais de sigilo. Ambos não serão identificados em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Será solicitada a assinatura de duas vias deste termo de consentimento, sendo que uma será arquivada e outra será fornecida ao participante. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, telefone (11)5087-9837. Localizado na Rua Santa Cruz, Vila Mariana, São Paulo, SP (CEP- 04121-000).

- A presente pesquisa também foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. E-mail ceph.ip@usp.br, telefone (11) 3091-4182. Localizado na Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____ recebi as devidas informações a respeito dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada. Foram esclarecidas as dúvidas sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus riscos e as garantias de esclarecimentos permanentes. Estou ciente de que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações e que poderei retirar o consentimento e desistir da participação na pesquisa, sem nenhuma penalidade. Apesquisadora Bruna Danielle Madeira Araujo certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão tratados com confidencialidade. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Expresso minha concordância em participar voluntariamente deste estudo, através da assinatura do presente termo, em duas vias, uma em meu poder e outra em poder da responsável pela pesquisa.

São Paulo, _____, de _____ de _____

Assinatura Participante: _____

Assinatura Pesquisador: _____