

**TRANS-POLÍTICAS EM TRANS-CONTEXTOS –  
TRANSEXUALIDADE, CLÍNICA E IDENTIDADES**  
*TRANS-POLITICS IN TRANSCONTEXTS - TRANSSEXU-  
ALITY, CLINIC AND IDENTITIES*

Diego Sousa de Carvalho<sup>2</sup>

**RESUMO:** O objetivo deste artigo é verificar os contextos em que a questão da transexualidade surge nas agendas políticas públicas federal, dos Estado e município de São Paulo, produzindo e sendo produzida por discursos institucionais e clínicos, articulados ao mesmo tempo aos saberes e tecnologias médicas internacionais. A genealogia da transexualidade está diretamente ligada à uma instituição clínica. Sua instituição como categoria nosológica reflete diretamente na implantação de novos aspectos subjetivos no campo do gênero, alguns em oposição outros em adesão aos dispositivos nosográficos. Este trabalho foi composto por meio de levantamento bibliográfico referente às políticas públicas brasileiras de atenção à transexualidade, e pela coleta de depoimentos junto a profissionais e pacientes do processo transexualizador em São Paulo, e tenta acompanhar como se deu parte desse processo no âmbito local. Cabe propor às ciências médicas a reflexão sobre o tema da transexualidade de uma perspectiva mais ampla, que considere os aspectos sociais da saúde humana, bem como o direito à diversidade de expressões de gênero e sexualidade. De modo que a permanência da patologização às identidades trans hoje deve ser questionada.

**Palavras-chave:** Transexualidade; políticas públicas; Sistema Único de Saúde; patologização; sexualidade.

---

<sup>1</sup> Mestre em Saúde Pública e Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: didz@usp.br

**ABSTRACT:** *This text aims to verify the different contexts in which the transsexuality appears in the federal, and São Paulo's state and city public policies agenda, producing and been produced by institutional and clinical discourses, by the same time articulated by international medical knowledge and technologies. The genealogy of transsexuality is directly tied to a clinical institution. Its institution as a nosological category reflects directly on the implantation of new subjective aspects in the gender field, some that oppose as some adhere to the nosographic devices. This work has been written through bibliographic revision over the public policies about health care to transsexuality in Brazil, and collecting narratives from professionals and patients of the transsexuality process in São Paulo, trying to follow part of this process locally. It should propose to medical sciences a reflection about the transsexuality from a wider perspective, considering social aspects of human health, as the right of diversity and free sexual and gender expressions, so that keeping pathologizing trans identities should be questionable today.*

**Keywords:** *Transsexuality; public policies; Brazil's Health Care System; pathologizing; sexuality.*

## 1 INTRODUÇÃO

Apesar de ser dito que o primeiro procedimento cirúrgico transexualizador que se tem conhecimento no Brasil aconteceu no Hospital das Clínicas na década de 1970, a transexualidade passa a ser reconhecida enquanto demanda pública quase trinta anos após este ocorrido, através da Resolução CFM 1482/1997. Este longo tempo de resposta nos faz perguntar como se davam as negociações entre os sujeitos e sujeitas demandantes de atendimento e o sistema de saúde público, a quem recorriam e de que modo encaminhavam suas necessidades? Sob quais aspectos se compreendiam suas reivindicações e passando por quais agentes, instituições e discursos? Compreendendo as dinâmicas políticas por que passaram os município e Estado de São Paulo, e mesmo o Brasil, de que modo isto reflete no sistema de atenção estruturado hoje?

Lembrando que na década de 1970, não havia Sistema Único de Saúde e o Brasil vivia o auge do regime militar, eventualidades relevantes pelas quais teriam decorrido processos judiciais ao médico responsável pelas cirurgias transexualizadoras de então.

Este trabalho procurará investigar de que modo(s) foi fundada uma clínica da transexualidade a níveis federal e no município e estado de São Paulo, desde as primeiras pesquisas sobre o tema, na década de 1970, até os dias de hoje. Acompanharei-me no desenrolar da pesquisa o foco sobre as estratégias e agenciamentos feitos pelas pessoas transexuais junto aos técnicos da clínica para o acesso aos serviços de saúde, de modo a perceber como, conforme a estrutura atual dos serviços, as relações médico-clínica e médico-paciente não aconteceriam fora de uma verticalização discursiva.

Os estudos da biomedicina e da sexologia clínica do século XX vão fundar uma categoria biomédica que Berenice Bento (2006) denomina de “*dispositivo transexual*”, institucionalizada nos anos 80, sob o DSM-III. *Dispositivo* aqui é utilizado num sentido foucaultiano, de dispositivo *de poder*, o que implica no confronto de diferentes jogos de verdades. Os dispositivos do poder seriam formas invisíveis por meio das quais o poder se atualiza e se manifesta, um “*conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas*” (Foucault, 1979, p.244). No caso, o dispositivo de transexualidade requer o poder médico de definir, gerir e dar lugar às sexualidades.

Tendo em vista relacionar as formas de subjetividades que emanam de e para as formas de governabilidade, pensando uma estruturação sistêmica de atenção à população trans em São Paulo, não tendo, porém, a intenção de descrever uma “história da clínica”, este trabalho pretende descrever “fluxos”, à maneira proposta por Biehl (2011), os fluxos e emaranhados “gente-doença-política”.

Partindo, portanto, de uma noção de movimento, procurei entre meus informantes agentes que vivenciaram épocas distintas da transexualidade, pondo em evidência as dinâmicas desse “fluxo”,

“emaranhado”. Para a realização dessa investigação, procurei conversar com profissionais e pacientes ligados à implantação da clínica de transexualidade no Estado e no município. Opto por preservar a identidade da maior parte dos entrevistados, conforme previsto no código de ética da ABA.

A saber, atualmente o Estado conta com três equipamentos oficiais. Duas das portas de entrada para a Política nacional do Processo Transexualizador<sup>2</sup> se dão por meio do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC / FMUSP), através dos Programas PróSex (Projeto Sexualidade), inaugurado em 1993, e pelo AMTIGOS (Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual), fundado em 2010, ambos ligados ao Instituto de Psiquiatria, dispõem de equipe de atendimento psiquiátrico e psicoterapêutico, além de serviço social. Ainda no ano de 2010, iniciaram-se as atividades do Ambulatório de Atenção Integral a Travestis e Transexuais no Centro de Referência e Tratamento (CRT), ligado à Secretaria Estadual de Saúde, este dispõe de equipe médica de clínica geral, endocrinologista e proctologista, e serviço social, atendimento psicoterapêutico e fonoaudiológico.

De acordo com legislação federal do Processo Transexualizador, as pacientes devem participar durante dois anos de psicoterapia, e somente após este período, serão encaminhadas para procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual, tendo recebido também laudo médico psiquiátrico confirmando o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero ou disforia de gênero (conforme nomenclatura atual no DSM V<sup>3</sup>). As cirurgias são feitas no Hospital das Clínicas pela equipe de endocrinologia. São realizadas doze cirurgias ao ano, após reunião mensal de equipes dos três serviços, para discussão e encaminhamento dos casos clínicos. Devido ao número baixo de

<sup>2</sup> A Portaria 1707 GM/MS, de 18 de agosto de 2008 institui a nível nacional a estratégia para o Processo Transexualizador, a ser referenciado no SUS em serviços de atenção especializada.

<sup>3</sup> No ano de 2013, foi publicada a quinta edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), manual clínico publicado nos Estados Unidos pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), que orienta as práticas médicas psiquiátricas. Desde 2012, teve início grande mobilização internacional de ativistas e intelectuais pela despatologização das identidades trans e sua retirada do manual, porém, mesmo sob pressão, o diagnóstico foi mantido, mudando sua nomenclatura de “transtorno de identidade de gênero” para “disforia de gênero”.

cirurgias novas, passados os dois anos de psicoterapia, as pacientes devem aguardar numa longa lista de espera.

## 2 TRANSEXUALIDADE – CONCEITO(S), CONTEXTOS

Nos anos 1970, o cirurgião Roberto Farina iniciava, junto a uma equipe médica vinculada ao Hospital das Clínicas da USP, sua pesquisa sobre a transexualidade. O conceito de transexualidade que hoje utilizamos remonta entre as décadas de 1950 a 1960, embora houvesse sido utilizado anteriormente. Conforme nos relata Arán (2006), as primeiras cirurgias de transgenitalização ocorreram na década de 1920 na Alemanha e Dinamarca em pacientes “pseudo-hermafroditas” (p. 52). Cauldwell teria sido o primeiro médico sexólogo a propor a noção de *psicopatía transexual* em 1949, sendo considerado o fundador do termo; tendo publicado um estudo de caso sobre um transexual masculino (Saadeh, 2004 e Bento, 2006) e, conforme nos dirá Bento (2006), esboçado “algumas características que viriam a ser consideradas exclusivas dos/das transexuais” (p. 40) na compreensão clínica.

Serão, porém, as pesquisas de Harry Benjamin, provavelmente, as mais promissoras à época para o desenvolvimento da compreensão da transexualidade, sob o olhar da clínica. Em 1953, conforme nos relata Bento, este autor teria publicado o artigo “Transvestism and Transexualism”, no qual se estabeleceriam limites e marcadores verificáveis, diferenciadores entre as pessoas travestis, transexuais e homossexuais. Posteriores a este trabalho, estariam, em 1955, as pesquisas de John Money, onde o conceito de “gênero” surgiria com certa relevância na constituição identitária do indivíduo, na chamada “identidade sexual” (Bento, 2006, p. 41). A distinção entre sexo e gênero seria mais tarde incorporada à compreensão médica da transexualidade, e utilizada por John Money e Robert Stoller, importantes referências em estudos clínicos neste campo.

No cenário internacional da biomedicina, especialmente no que se refere aos Estados Unidos, a transexualidade aparecerá como um fenômeno prolífero de pesquisas, especialmente entre as décadas de 1950 a 1970. Conforme destaca Saadeh (2004):

Após Benjamin, a medicina dos Estados Unidos iniciou um processo de incorporação desse novo diagnóstico e o tratamento proposto pelo autor (p. 37) (...) Fundador da Clínica de Identidade de Gênero do John Hopkins Hospital, Money foi o responsável por várias cirurgias de redesignação sexual realizadas com transexuais nas décadas de 60 e 70 (p. 39).

### 3 LEGISLAÇÃO FEDERAL

Em 1997, foi a primeira vez que o Conselho Federal de Medicina autorizou a demanda de intervenção sobre a transexualidade, a Resolução 1482/1997 vigorou durante cinco anos, dispondo a autoridade médica de intervir sobre os procedimentos transexualizadores em pacientes diagnosticados sob este *transtorno*. Este regulamento foi implantado em caráter experimental, a fins de pesquisa, demarcando especificamente que somente hospitais universitários e instituições de pesquisa poderiam realizar tais procedimentos. Depois desta, em 2002, foi promulgada a Resolução 1652/2002, que revogava a anterior, comunicando o bom resultado obtido nos procedimentos de neocolpovulvoplastias (produções transgenitais estético-cirúrgicas de órgãos sexuais femininos, indicadas para pacientes transexuais MtF<sup>4</sup>), assim como as presentes dificuldades técnicas dos procedimentos neofaloplásticos (produções transgenitais estético-cirúrgicas de órgãos sexuais masculinos, indicadas para pacientes transexuais FtM<sup>5</sup>); além disto, esta resolução incluía, além da exigência do consentimento livre, prática implantada desde 1996 em pesquisas no campo da saúde humana, a obrigatoriedade de composição de uma equipe regulamentada para atendimento no interior da instituição hospitalar, assim como de um Comitê de Ética, autorizador e regulador do procedimento em seu local de realização. Esta medida durou oito anos, até ser substituída pela Resolução 1955/2010, que atualmente ainda é o maior instrumento legal que passa o tratamento hospitalar da transexualidade.

---

<sup>4</sup> MtF na nomenclatura internacional, adotada por profissionais de saúde e designa o paciente que vai submeter-se à mudança corporal cirúrgica, “de masculino para feminino”.

<sup>5</sup> FtM é a nomenclatura internacional, adotada por profissionais de saúde e designa o paciente que vai submeter-se à mudança corporal cirúrgica, “de feminino para masculino”.

Entre o espaço de tempo que separa esse conjunto legal, verificamos poucas alterações textuais, com exceção obviamente da maior institucionalização das clínicas, e da bem sucedida consolidação dos procedimentos que acompanham as transexuais femininas, a despeito do caráter “experimental” que se mantém no caso dos transexuais masculinos.

Consideramos os benefícios que estas políticas reguladoras garantiram às vidas de muitas pessoas, haja vista o crescente número de pacientes atendidos ao longo dos anos. No entanto, também não podemos deixar de notar a centralidade do papel do “diagnóstico”, logo, da “doença” nesses textos técnicos. Assim também, o papel do profissional médico é fundamental para que se confira uma linha terapêutica, determinando diagnóstico, estabelecendo tratamento e ofertando a possibilidade de “correção” cirúrgica.

Percebemos que para o código médico cabe a patologização como meio de acesso ao tratamento. É a noção de “desvio psicológico” que guiará o processo terapêutico. Estas pessoas, doentes e desviantes, se submeterão a um processo de readequação, reinserção social através de cortes cirúrgicos, procedimentos invasivos e fármacos que as integrarão novamente no circuito de um gênero ideal e de uma reorientação identitária à heterossexualidade.

Reforçamos também o grande lapso de tempo que duraram estas Resoluções como único instrumento legal acerca da saúde da população transexual.

A legislação federal sobre a transexualidade deixa ainda grandes lacunas sobre o assunto em seus protocolos e políticas públicas centrais. Resguardam ainda a importância da Resolução 1652 do CRM, que as antecede em seis anos na posição de único objeto oficial regulador das práticas específicas do sistema de Saúde.

Editada em 2010, e promulgada em dezembro de 2011, por meio da Resolução 2836/GM do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (2010) procura ser bem genérica em suas referências à transexualidade; preconiza entre seus objetivos “*promover o aperfeiçoamento e a qualificação das tecnologias usadas no processo transexualizador com vistas ao atendimento universal*”, e reconhece, em determinado momento, a

limitação de conhecimento e prática atual dos serviços de saúde, reforçando que, quanto a este assunto, *“atualmente é conhecido que os problemas de saúde destas pessoas são bem mais complexos e suas demandas são numerosas”*. Entretanto, esta Política resulta das diversas reuniões do Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, que, segundo nos relata Lionço (2009):

O Comitê realizou, em fevereiro de 2006, reunião denominada Processo Transexualizador no SUS, marco da incorporação dessa terminologia na discussão sobre saúde de transexuais, que até então estivera restrita à lógica do custeio dos procedimentos médico-cirúrgicos implicados na transgenitalização. (Lionço, 2009, p.51)

Dessa forma, as Portarias 457/SAS e 1.707/MS/GM, parcialmente tendo resultado destes processos, ambas de 2008, são, no que refere às questões de gênero e sexualidade humana, marco para o Sistema Único de Saúde, SUS; compondo instrumentalmente o que mais se aproxima de um protocolo do atendimento a pessoas transexuais, aquilo que Lionço chama de “Processo Transexualizador”, reforçando que o caráter destas políticas não é de assistência integral.

“O Processo Transexualizador compreende um conjunto de estratégias de atenção à saúde implicadas no processo de transformação dos caracteres sexuais pelos quais passam indivíduos transexuais em determinado momento de suas vidas. Não se trata, portanto, do estabelecimento de diretrizes para a atenção integral no sentido estrito, mas daquelas ações necessárias à garantia do direito à saúde circunscritas à passagem para a vivência social no gênero em desacordo com o sexo de nascimento”. (Lionço, 2009, 44).

A Portaria 1707/GM foi responsável por instituir no âmbito do SUS o “Processo Transexualizador”; ao passo que a Portaria 457/SAS, ao mesmo tempo que define os valores e critérios das clínicas para a realização dos procedimentos na categoria, regulados pelo Departamento de Atenção Especializada (procedimentos de alto custo e “Alta

Complexidade”), traz também uma série de Anexos que demonstram preocupações complexas com relação à pessoa transexual, apresentando de modo objetivo o processo de saúde numa dinâmica que articula os conhecimentos biomédicos e aspectos sociais e psicossociais da vida. Pela primeira vez, a legislação pública fala de humanização da atenção e educação permanente para o atendimento da população *trans*; mais que isso, a Portaria 1707, em seu Artigo 2.º, pede “*a integralidade da atenção, não restringindo nem centralizando a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização e de demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes*”.

Estas conquistas são indiscutivelmente importantes, no entanto, Lionço ainda chama nossa atenção ao fato de muitos ganhos para esta população terem partido de certa “judicialização da demanda”, isto é, de pressão por parte do Ministério Público para que o Ministério da Saúde se posicione com relação ao grande número de reivindicações jurídicas por acesso aos serviços.

#### **4 ANTES DE HAVER O SUS, ANTES DE HAVER TRANSEXUALIDADE**

“*Não havia SUS, portanto, não sou o primeiro*”.<sup>6</sup> Me disse o escritor João Nery, em rápida entrevista concedida online. Ativista pelas identidades trans, conhecido pela publicação de sua auto-biografia, na qual relata seu atendimento pela equipe de pesquisa do Dr. Farina, nos anos 1970; João Nery teria sido o primeiro *homem trans*<sup>7</sup> a passar por um procedimento cirúrgico FtM no Brasil. Esta sua frase me parece indicativo das circunstâncias em que se instituiu a clínica de transexualidade como a temos hoje.

A transexualidade, fenômeno da clínica ocidental contemporânea, entre os departamentos cirúrgicos e psiquiátricos, é como vimos

<sup>6</sup> Registro de Entrevista realizada com o psicólogo e escritor João Nery, via E-mail e Facebook, em 16 de abril de 2013. Utilizarei doravante a sigla R.E. para indicar “registro de entrevista”.

<sup>7</sup> Utilizarei a nomenclatura mais comum aos movimentos sociais que chamam de homem trans, ou transexuais masculinos os pacientes FtM (abreviatura do inglês, femaletto male), e mulheres trans, ou transexuais femininas as pacientes MtF (male tofemale). Cabe reforçar que não é consenso na clínica esta terminologia, muitos médicos ainda preferem se reportar ao sexo de registro dos indivíduos para classificá-los e defini-los, mesmo após feita a “redesignação”.

produto da clínica norte-americana. Esta teria silenciosamente surgido como opção diagnóstica aos países sob influência cultural dos Estados Unidos, sendo o Brasil um destes. Todavia, é importante perceber o contexto político específico que vivia o país à época dessas discussões.

Ao contrário dos Estados Unidos, o Brasil vivenciou um regime político totalitário entre 1964 a 1985. À época a intervenção no corpo da pessoa transexual era considerada “mutilação”, pois, apesar de haver grandes discussões no cenário internacional acerca desta estratégia terapêutica, os conselhos éticos do Brasil ofereceram forte resistência ao entendimento clínico que se tem hoje, de que a cirurgia é o procedimento indicado nos casos diagnosticados pela transexualidade.

O caso é relatado pelo jurista Heleno Fragoso em artigo publicado pela Revista de Direito Penal, edição de 1979. O médico Roberto Farina fora responsável, no ano de 1971, pela intervenção cirúrgica sobre a paciente “MtF” (transexual que busca a transição para o corpo feminino) Sra. Valdirene, e por isto estaria enfrentando diversas complicações legais por meio de processos movidos pelo CRM questionando sua conduta (Fragoso, 1979 E Saadeh, 2004). A princípio, o caso teria iniciado quando a Sra. Valdirene, tempos depois de feita a cirurgia, procurara a justiça para obter a devida mudança em sua documentação civil, o que também lhe foi negado.

Perguntei a João se ele achava que o contexto da Ditadura brasileira dificultava mais as vivências trans, assim como as demais manifestações da diversidade sexual. Ele me responde que a Ditadura dificultava, sim, “piorava as coisas”, mas ao mesmo tempo percebe que a discussão sobre transexualidade era bem rasa. “*A própria palavra transexual era praticamente desconhecida nos meios acadêmicos, sociais e políticos da época*”.

Minha cirurgia foi realizada numa clínica particular em Sampa, de uns amigos do Farina, camufladamente. (R.E.).

Por mais que as pesquisas de Roberto Farina avançassem com sua equipe no Hospital das Clínicas, e em clínicas particulares de parceiros seus, não havia ainda uma discussão pública sobre o as-

sunto. Na linguagem corrente não haveria distinção nítida entre as vivências transexuais, travestis e homossexuais. Eram as margens da heterossexualidade ocidental, práticas desviantes, sem nome específico e invisíveis. À falta de regulamentação política que desse nome às pessoas, estas procurariam outros caminhos, sentidos e soluções. Sua fala demonstra que os sujeitos e as sujeitas da transexualidade não “existiam” antes do SUS. “*Não havia legislação para esse tipo de cirurgia. Foi um pioneirismo do Farina*” (R.E.). À falta de regulamentação política que desse nome às pessoas, estas procurariam outros caminhos, sentidos e soluções.

## 5 GERAÇÃO ROBERTA CLOSE

Em 1984, uma revista exibiu a manchete: “A mulher mais bonita do Brasil é um homem”. Pela primeira vez na história do país, a sociedade começou a se deparar com as confusões de gênero em escala midiática (...) Por muito tempo Roberta Close reivindicou sua identidade de gênero. Afirmava que era uma mulher transexual e precisava mudar seu nome e sexo nos seus documentos (...) Por muitos anos, Roberta teve que se submeter ao constrangimento de portar documentos que negavam sua existência social. (Bento, 2011, p.549).

Conforme reforça Bento, a *inexistência social* das pessoas trans é uma constante nos relatos que remetem às décadas de 1970 e 1980, tendo o caso de Roberta Close ganhado notoriedade na mídia, podemos observar que se descreve a mesma sensação da frase de João Nery, “não ser o primeiro” (operado pelo SUS), nesse sentido, equivale a não existir nos procedimentos reconhecidos pelo Estado e ter de recorrer à ilegalidade.

Baskerville (2012), ao pesquisar o passado de sua irmã Gabriela pra compor a peça teatral Luís-Antonio Gabriela, entrevistou Simone, uma travesti que viveu com sua irmã em Santos. Em seu relato, Simone faz apontamentos das categorias identitárias numa noção temporal. Pelas técnicas de maquiagem, excluía-se da categoria de “bichas caricatas”, e tinha-se como ideal de beleza aquela que era “perfeita sem nada”. E dirá:

E a gente era daquela geração Roberta Close. Roberta Close era perfeita sem nada, então ela era nossa musa. “Ai, eu quero ser aquele viado”. A gente não se maquiava muito pra não ficar caricata (Baskerville, 2012, p.61).

“*Ser aquele viado*” indica, não somente enquadrar-se no padrão de beleza dita “feminina” mesmo sem maquiagem, mas também, possuir condições financeiras de viajar e realizar a cirurgia ou as mudanças corporais desejadas no exterior. Este será o caminho procurado por Gabriela, como relatará o autor. Como ela, é provável que uma geração de transexuais tenha buscado esse recurso. Interessa neste ponto a observação feita por Vale (2012) em sua pesquisa com travestis e transexuais que migram para a Europa por meio de redes de prostituição:

Se ultrapassar limites constitui o *ethos* mesmo da experiência travesti e transgênero, a partir daquilo que denominam de “processo de feminilidade”, a Europa enseja o coroamento de uma vida vivida em fronteiras e ultrapassagens (Vale, 2005, p.20).

Embora este assunto não seja objeto deste trabalho, e apesar de as entrevistadas de Vale situarem-se num contexto bem mais recente, - acredito que essas “ultrapassagens” de barreiras e fronteiras, que implicam deixar o país para obter as realizações corporais e profissionais desejadas, seja um sentido que tem acompanhado as experiências de transexualidade e travestilidade brasileiras há mais tempo. Simone também descreve esta impressão já na “geração Roberta Close”:

E as bichas que iam pra lá eram só as poderosas. As que não tinham ido ainda eram viadinhos. Pra ser maravilhosa, podia ser um dragão, ter uma boca horrorosa, ser feia, mas se tivesse ido pra Paris, era estrela (Baskerville, 2012, p.64).

Se o Brasil não dava espaço para discussões sobre práticas sexuais mais livres, para além de uma dada tradição heterossexual binária, indicava os países de “primeiro mundo” como possíveis soluções de projetos de vida.

Por meio da mídia, vão aparecer demandas específicas trazidas, inicialmente pela transformista Rogéria, e finalmente pela transexual Roberta Close, expondo a público opções identitárias que confrontavam a heteronormatividade. Todavia, estas “pessoas públicas” surgem como pessoas que buscaram no “exterior”, ou seja, em outros países, os recursos para realizarem seus desejos. Nos anos 1980, com a publicação do DSM-IV, a transexualidade se oficializa na nosografia médica ocidental. Todavia, a ausência de políticas específicas a nível federal me parece representar uma estratégia de gestão onde não-políticas equivalem a políticas de invisibilidade e apagamento social. Mais importante que perseguir ou reprimir, renegar os sujeitos e silenciá-los parecia medida mais eficaz.

A transexualidade desde esta época é um campo de tensão entre os poderes médicos e jurídicos. Conforme relata a psicóloga do HC Marlene Inácio, (1998), em 1979 o deputado José de Castro Coimbra apresentara ao Congresso projeto de lei tendo em vista regulamentar juridicamente a mudança documental da população transexual, este projeto teria sido aprovado pelo Congresso, e vetado porém pelo presidente João Figueiredo (Inácio, 1998).

Consta que a questão tenha sido discutida pelo CFM em dois momentos, 1975 e 1991, sendo negada em ambos, antes de sua regulamentação em 1997.<sup>8</sup> Até então, o Conselho entendia preservar seus profissionais, considerara a intervenção desnecessária, podendo o/a profissional incorrer em crime de *grave mutilação de órgãos e ofensa à integridade, além de resultarem em “atos médicos desnecessários”, proibidos pela legislação do País*<sup>9</sup>.

A transexualidade passa a ser reconhecida enquanto demanda pública quase trinta anos após este ocorrido, através da Resolução CFM 1482/1997; no entanto, como veremos, as medidas políticas implantadas tendem a acompanhar em seus textos um caráter de “experimentalismo”, o que acaba por impor diversas limitações de acesso da população alvo aos procedimentos. Finalmente, o SUS se posicionará autorizando, especificando e destinando verba para a realização

<sup>8</sup> Parecer CFM n.º 39 de abril de 1997

<sup>9</sup> Idem

dos procedimentos dez anos mais tarde por meio das Portarias GM/MS 1707/2008 e SAS/MS 457/2008.

Ocorre que havia certa urgência em se retomarem tais discussões, haja vista uma preocupação do Conselho com um aumento de publicações midiáticas acerca da transexualidade, “*artigos sobre cirurgia de transexualismo publicados na imprensa leiga*”, mais que isso, era preciso resguardar os profissionais que viessem a executar esses procedimentos, ressalvar o “*embasamento legal a ser apreciado a posteriori e a compreensão de que o procedimento proposto constituía uma forma especial de tratamento médico, com fundamento técnico e adequação legal*”.

É importante também destacar que a chamada “*imprensa leiga*” aparece como um terceiro eixo a medir forças e colocar-se entre os campos médicos e jurídicos neste assunto. As discussões públicas sobre a transexualidade e suas especificidades pareciam ganhar proporções que exigiam posições estratégicas a fim de regular o assunto sob as vias médicas e legais.

O Parecer CFM n.º 39 de 2007, do qual extraí estas citações, é um interessante documento a se estudar, pois revela importantes questões sobre o entendimento clínico à época e sobre os encaminhamentos e não consensos anteriores entre as práticas médicas e os regimes do Estado. Em 1997, o Brasil já vivia sob outra Constituição, a chamada Constituição democrática, promulgada em 1988, pondo fim ao regime ditatorial. A Constituição de 1988 também cria o Sistema Único de Saúde, importante instrumento democrático que passará a regular a estruturação dos serviços. O CFM reconhecia que à época muitos países já possuíam maior diálogo acerca dessas questões, “*há comunicados e trabalhos em culturas tradicionais como a chinesa e muçulmana (decretos religiosos ‘fatwa’), autorizando a cirurgia*”. Reportando-se a sociedades orientais de tradições ditas mais “conservadoras”, o Conselho de Medicina quer demonstrar como o Brasil apresentava atraso para atender demandas das comunidades médicas ocidentais, entenda-se a comunidade médica norte-americana, na figura da Associação Americana de Psiquiatria, responsável pela publicação do DSM.

Outro ponto apresentado nesta discussão é a possível abertura na concepção da sexualidade para esses profissionais da saúde, sob a perspectiva de que a sexualidade trata-se de um fenômeno social, “humano”, que transcende e ultrapassa qualquer vínculo ou necessidade reprodutiva. Os argumentos que se utilizam aqui, quase sempre tomando como fundamento Harry Benjamin, procuram ainda que de forma elementar conferir “humanidade” aos direitos sexuais, “isto é, a prevalência do homem como animal político acima do homem reprodutor” (Parecer CFM n.º 39 de abril de 1997). O debate sobre a transexualidade no campo da saúde resulta de um constante paralelo entre os aspectos jurídicos e os aspectos sociais. As questões de gênero se associam à condição de humanidade (e de direito político) do paciente, ao mesmo tempo em que estão marcadas em diagnósticos sobre seus corpos.

Conforme Saadeh (2004), desde a inauguração do Programa de Sexualidade, ProSex, em 1993, o HC presta atendimentos a transexuais, porém a princípio a equipe podia oferecer “poucos recursos” médicos, sendo o objetivo do tratamento a psicoterapia (p. 04).

Com a publicação da normatização do CFM, autorizando a cirurgia de redesignação sexual em hospitais-escola ou ligados à pesquisa e, sob circunstâncias determinadas, a realidade mudou e o afluxo de pacientes aumentou (Saadeh, 2004, p.04) (...) Mas foi com a resolução do CFM de 1997 que um trabalho efetivo, que conta com a adesão dos pacientes, vem funcionando. Em conjunto com a Endocrinologia, o ProSex integra uma equipe multidisciplinar e coesa, desde 1999, discutindo critérios diagnósticos, questões éticas, manejo terapêutico, psicoterapia e questões práticas do dia-a-dia como, por exemplo, dificuldades em se marcar cirurgia, etc.

A publicação desta resolução do CFM marca importante conquista para as pacientes, que agora tinham a possibilidade de receber assistência cirúrgica e endocrinológica; além disto, esta publicação oficial parece também atender reivindicações e interesses das equipes médicas, que em diversos hospitais universitários já prestavam atendimento

à essa população e agora poderiam dialogar com comunidades técnico-científicas internacionais em suas propostas de intervenção terapêutica.

## 6 A CLÍNICA DE TRANSEXUALIDADE EM SÃO PAULO – RUPTURAS E CONSOLIDAÇÕES A PARTIR DO ANO DE 2010

Em abril de 2009, o Barradas (Luiz Roberto Barradas Barata, Ex-Secretário Estadual de Saúde) reuniu os coordenadores e apresentou a demanda de assistência ambulatorial para a população de travestis. Na mesma época o Dr. Drauzio Varella <sup>10</sup> havia apresentado na mídia um artigo falando sobre a necessidade de atenção às populações vulneráveis, e às transexuais especificamente. A Dra. Maria Clara (Maria Clara Gianna, Coordenadora do Programa Estadual de Prevenção a DSTs / Aids) aceitou o desafio e propôs o atendimento no CRT. A inauguração foi em 09 de junho de 2009 na Semana da Parada Gay (R.E.).<sup>11</sup>

O então secretário estadual parece ter apresentado esta demanda num momento bastante oportuno, articulando-se com a visibilidade produzida pelos movimentos sociais LGBTT, na Parada do Orgulho LGBTT, e atendendo a uma demanda pública exposta pelas mídias, surgia o Ambulatório de Atenção Integral a Travestis e Transexuais.

É interessante o fato de o Secretário Estadual convocar a reunião em que apresentaria esta demanda após a divulgação do artigo do Dr. Drauzio Varella, médico de influente participação nas mídias, especialmente televisivas. Rohden (2011) destaca a importância do papel da mídia nas tarefas em que se ocuparia de divulgação científica, a autora ressalta que muito além da transmissão de informação ou da tradução de descobertas científicas para um público supostamente leigo, “*o que se faz é ajudar efetivamente a construir novas realidades sociais*” (p. 190). Ainda que o Secretário tivesse se omitido ao artigo do Dr. Drauzio, é provável que recebesse pressão da

---

<sup>10</sup> Em abril de 2009, o artigo do médico Drauzio Varella, intitulado “Homens que são mulheres” teria sido publicado pelo jornal Folha de S. Paulo, o artigo ainda pode ser visualizado no site do autor, pelo link <http://drauziovarella.com.br/sexualidade/homens-que-sao-mulheres> Consultado em 22.04.2013.

<sup>11</sup> Registro de entrevista realizada em janeiro de 2013.

parte dos movimentos sociais LGBT, (pois a mídia também mobiliza a agenda de reivindicações). Pespicazmente, soube articular-se e responder a esta dupla demanda.

Ainda no ano de 2010, no Hospital das Clínicas, devido a mudanças na equipe, foi fundado o AMTIGOS (Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual), para atender a população transexual. Por outro lado, o ProSex não deixou de atender esta demanda. Hoje o serviço continua com estas duas possibilidades de entrada, sendo que atende também os casos encaminhados pelo Ambulatório do CRT. Porém o número de cirurgias realizadas é ainda de doze ao ano.

Em registro de campo, realizado no Hospital no início de abril de 2013, obtive a informação do número de cirurgias realizadas no HC, e das dificuldades em encontrar profissionais habilitados nesta especialidade cirúrgica e do fechamento da empresa fornecedora de materiais clínicos indispensáveis para certos procedimentos. Naquele mês, novas cirurgias não estavam sendo realizadas devido ao fechamento da empresa internacional fornecedora de moldes e próteses, prescindindo nova licitação para contratação de fornecedor. O HC realiza uma cirurgia ao mês e semanalmente agenda “retoques” de cirurgias já realizadas, cujas pacientes prescindem de revisão devido a eventuais ocorrências.

Neste mesmo mês, é publicada em um site notícia intitulada, “*Hospital das Clínicas de SP faz uma cirurgia por semana*”<sup>12</sup>, onde consta a seguinte informação:

Só em 2012, por exemplo, foram realizadas 44 operações: 14 foram retoques (cirurgias que são refeitas em decorrência de alguma complicação no primeiro procedimento), 10 foram de mulher para homem e 20 de homem para mulher. (Site Gazeta do Povo)

Percebemos que a mídia tem um estranho efeito de influência.

A mesma notícia registra a fala da médica Elaine Cosa, responsável pela equipe cirúrgica que atende os casos:

---

<sup>12</sup> Fonte: Site A Gazeta do Povo, <<http://www.gazetadopovo.com.br/saude/conteudo.php?id=1365545>> Consultado em 30.06.2014.

O problema é que a agenda do HC está completamente tomada até abril de 2014 - o que significa que cada paciente deve esperar no mínimo três anos para conseguir ser operado. “Vamos demorar uns 10 anos para conseguir operar todos esses pacientes, fora os novos que surgirem. Infelizmente, não temos como absorver toda essa demanda”

Parece haver um fronteira entre o título das notícias, suas intenções e a realidade das pacientes que aguardam o atendimento. A legislação do CFM indica dois anos de psicoterapia obrigatória para as pacientes transexuais, enquanto aguardam a realização da cirurgia. Passado este período de tempo, deverão aguardar o surgimento da vaga.

A clínica e seus fluxos do atendimento, como se observa, se constroem, a partir de diversas demandas oriundas de diferentes meios que não só aquelas trazidas pelos usuários do serviço. Questões que não estavam em pauta e eventualidades diversas surgirão na trajetória, compondo tensões no conjunto sistêmico. Há uma organização burocrática protocolar que impõe às pacientes a espera, esta normatização não prevê porém que podem haver pressões de outros níveis, como a falta de profissionais especializados naquela área cirúrgica, ou a falta de algum material pelo fechamento da empresa fornecedora, descontinuidades e reconfigurações que não passam pela organização e nem sempre são de responsabilidade da administração dos serviços, mas que expõem à realidade que os duros protocolos no qual novos fluxos não têm espaço prejudicam ao mesmo tempo as equipes profissionais e principalmente as pacientes.

## **7 CATEGORIAS EXTRA-CLÍNICAS E POLÍTICAS DE IDENTIDADE**

Num encontro onde mais de 15 participavam, Alessandra perguntou quem era travesti e só duas levantaram a mão. “Havia bem mais na sala”, ela diz. Várias se apresentaram como *transex*, uma categoria que, na percepção de várias delas, as afastaria do rótulo de travestis e de “transexual submissa, passiva, que segue o estereótipo da mulher certinha”. (Biancarelli, 2010, p. 50)

A antropóloga Larissa Pelúcio (2005), ao tentar estabelecer uma definição de travesti, nos dirá que “*ser travesti*” é uma “*noção de pessoa*”, num sentido maussiano, que se faz num território específico, nas zonas de prostituição, na noite nas ruas e avenidas, “*é difícil se tornar travesti sem estar inserido em uma rede específica*” (p. 232). Esta rede específica, capaz de configurar um conceito identitário, uma noção de pessoa, de modo geral, não é a mesma para as pacientes transexuais, as quais compartilham de experiências e vivências de uma rede hospitalar, têm buscado a realização da cirurgia, e mantido agenciamentos com uma equipe de saúde, que as diagnostica e as qualifica para a realização dos procedimentos. A *transex*, de quem Alessandra fala em sua entrevista a Biancarelli, pode ser uma nova alternativa categórica, outra noção de *pessoa*, que não se identifica ou se enquadra em nenhuma dessas culturas específicas, “*No nosso espaço ninguém dá diagnóstico, acho que isso é íntimo e pessoal (...) Há uma regra aqui – ninguém pergunta o que você é, se travesti, trans, gay, homo, hetero*”.

Assim, pode-se mesmo dizer que a paciente/pessoa transexual, em seu *feito* de gênero e situação “clínico-hospitalar”, enquanto negocia com a equipe dos serviços de saúde modos de se adequar ao diagnóstico e obter sua cirurgia, “readequar” o gênero, encontra-se numa categoria *bioidentitária*. Talvez, o que diferencie a pessoa transexual da travesti e da *transex*, seja o fato de renunciar a algumas de suas autorreferências de corpo, (denegar os órgãos sexuais, omitir ou se excluir de vivências e prazeres eróticos anteriores ao ingresso no serviço de saúde, contar aos profissionais de saúde o que “querem ouvir”). Essas identidades que, de algum modo, acatam à determinação clínica, submetem-se à categorização do *biopoder*, conceito foucaultiano, conforme explicitado pelos antropólogos Rose e Rabinow (2006):

Sugerimos que o conceito de biopoder procura individualizar estratégias e configurações que combinam três dimensões ou planos: uma forma de discurso de verdade sobre os seres vivos; um conjunto de autoridades consideradas competentes para falar aquela verdade; estratégias de intervenção sobre a existência coletiva em

nome da vida e da morte; e modos de subjetivação, nos quais os indivíduos podem ser levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade, em relação a estes discursos de verdade, por meio de práticas do *self*, em nome da vida ou da saúde individual ou coletiva. (Rabinow; Rose, 2006, p. 37)

Transexual, travesti, transgênero e transex. Ser mulher ou ser homem “de verdade”, feminino e masculino, hetero ou homo. Ter feito ou não feito a cirurgia, bem como, querer ou não querer fazê-la. Todos esses jogos de categorias perpassam às identidades trans, todas essas verdades do corpo, a se realizarem ou não num longo devir marcam, senão o que essas pessoas sabem de si, o que dizem a seu respeito. E por fim, o que o sistema de saúde pode lhes oferecer é o *nosológico* (um diagnóstico e a possibilidade de cirurgia), seus corpos, vontades e direitos são governados por atos médicos.

Ora, se essas categorias extra-clínicas se interpelam no diálogo com a clínica, quer dizer que a maneira como as políticas de saúde pública utiliza para se comunicar com seu público tem sido vertical, de modo que toda a resposta vem incompleta. O modo de fazer com que todas e todos tenham voz no complexo sistema de saúde compete aos gestores públicos e à sua compreensão acerca de participação, democracia e humanização do *cuidado*.

Numa perspectiva internacional, a mobilização social que precedeu à publicação da quinta edição do DSM coloca as associações médicas frente a questões complexas como o autorreferenciamento e mesmo a autonomia da população transexual e das identidades trans. O movimento STOP TransPathologization, organizado em 2012 articulou diversasmilitâncias, acadêmicos e movimentos sociais internacionais, exercendo grande pressão pública para que a Associação Americana de Psiquiatria, órgão médico responsável pela publicação do DSM, retirasse as identidades trans de seu catálogo de patologias, o que ao final não ocorreu. Porém, antecipando esta demanda, em 2010, o governo da França foi pioneiro, entre os países ocidentais, a retirar a transexualidade de seus códigos de diagnósticos.

Sob a pressão de diversos movimentos sociais pelos direitos LGBT, a comunidade científica internacional põe-se de frente à questão: como uma pessoa poderia “trocar” seu sexo biológico sem se enquadrar numa categoria médica, num *transtorno mental*? Talvez o que se oculte por trás dessa questão seja a *verdade* dos sexos, que está para além da presumida naturalidade da dicotomia, que o ocidente contemporâneo define em masculino e feminino. A transexualidade e as demais identidades trans põem em relevo aquilo que a pensadora Judith Butler (1990) afirma em sua obra, que não existe sexo pré-discursivo, que a noção de sexo que temos participa de um construto sócio-histórico, é produzida dentro dos dispositivos de saber e poder do ocidente. A sexualidade, para além das estratégias de verdade binárias, deve ser entendida como produto temporal e localizável, circunstancial.

Lembrando que por diversos motivos as pessoas procuram o serviço de saúde: as pessoas transexuais e transgênero certamente não procurarão atendimento somente porque desejam uma cirurgia que “reconstrua” seus sexos. Há talvez um atrelamento muito forte da Alta Complexidade, contudo, as pessoas trans prescindem também de medidas de promoção e prevenção em saúde, de terapêuticas que muitas vezes têm mais a ver com as políticas de atenção básica que com a reivindicação cirúrgica. Assim como prescindem também de informações e acesso a meios seguros para realizar os processos estéticos desejados, como tratamento hormonal e implante de próteses.

Entendemos a urgência da ruptura com estes marcadores de modelo médicos-clínicos, a resistência à forma diagnóstico-identitária, isto é, compreender que as pessoas trans têm necessidades que as atuais políticas de saúde não dão conta. Seguindo o raciocínio do antropólogo da saúde João Biehl (2011), persiste a prerrogativa que “comunidades”, e neste caso específico, *comunidades trans* compareçam, colaborem e participem do planejamento e implementação das “intervenções factíveis, que não se contentam com o deslumbramento tecnológico” (p. 284). Há a necessidade de se pensar para essa população medidas de promoção e prevenção em saúde, por

exemplo, meios regulares e acessíveis ao tratamento que evitem os percalços e prejuízos produzidos por automedicação ou injeções de próteses feitas em espaços clandestinos. Mais que isso, é necessário perguntar, saber diretamente desta população quais são suas necessidades, quais providências oficiais as pessoas precisam, de que modo poderão as políticas públicas auxiliá-las. “*Um modelo mais complexo desse fluxo de gente-doença-política*”, políticas dirigidas às pessoas, não à doença (p. 283). Pensar possibilidades para além das diagnósticas e quem sabe desdiagnosticar. Ressalta-se o bom resultado que outros setores da saúde encontram ao estabelecerem parcerias com a sociedade civil; falamos aqui de um reconhecimento das sujeitas e sujeitos trans para além dos muros e leitos hospitalares, intervenções que são outras além do invasivo-operacional.

O enfoque nosológico adotado pelas políticas públicas fere o direito de dignidade dessas pessoas. E o argumento que somente o diagnóstico pode conferir acesso aos serviços, é um mecanismo de violência institucional. O direito à saúde não pode estar restrito à visão da doença. E se pensamos num aprimoramento das políticas de humanização da saúde, isto é, que a perspectiva sistêmica da clínica se amplie, compreendendo os sujeitos e sujeitas enquanto seres humanos, e não somente corpos operáveis e remediáveis; se se busca o desenvolvimento do sistema social de saúde, deve-se escapar da restrita visão biologizante, “naturalizante”. Deve-se ter claro que a saúde humana é bem mais que o oposto da doença. A saúde humana é um conceito que, apesar de sua difícil sintetização, relaciona-se ao bem-estar das pessoas, ao reconhecimento dos sujeitos e sujeitas em suas especificidades, ao respeito à autonomia e aos diferentes modos de vida.

## REFERÊNCIAS

- ADAM, P.; HERZLICH, C. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru: EDUSC, 2001.
- ARAN, M. A saúde como prática de si: do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade. In: ARILHA, M.; LAPA, T. de S.; PISANESCHI,

- T. C. (Orgs.). *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.
- ARILHA, M.; LAPA, T. de S.; PISANESCHI, T. C. (Orgs.). *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.
- BECKER, H. Outsiders [1963]. *Outsiders: Estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BASKERVILLE, N. *Luís Antônio-Gabriela*. São Paulo: Versos, 2012.
- BENTO, B. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- \_\_\_\_\_. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, 19 [02], 2011.
- \_\_\_\_\_. Quatro razões para lutarmos pela despatologização das identidades trans. Disponível em <[http://www.cidadaniasx.org/article.php?id\\_article=633](http://www.cidadaniasx.org/article.php?id_article=633)> Consultado em 30.06.2014.
- BIANCARELLI, A. Terças Trans - um espaço de dúvidas e aprendizados. *In*: Centro de Referência da Diversidade (CRD-Grupo Pela Vidda/SP), Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (CRT DST/Aids-SP). *A Diversidade Revelada*. São Paulo: Publicações CRT, 2010, pp.50-53. Disponível em <[http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos\\_biblioteca\\_crt/a\\_diversidade\\_revelada.pdf](http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/a_diversidade_revelada.pdf)> Consultado em 30.06.2014.
- BIEHL, J. Antropologia no campo de saúde global. *Horizontes Antropológicos*, Vol. 17(35), 2011.
- BUTLER, J. [1990]. *Problemas de Gênero - feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003.
- Campanha STP. Comunicado de la Campaña STP 2012: Reflexiones sobre despatologizacióntrans y derechossanitarios. Disponível em: <[http://www.stp2012.info/Comunicado\\_STP2012\\_julio2011.pdf](http://www.stp2012.info/Comunicado_STP2012_julio2011.pdf)> Consultado em 30.06.2014.
- CAPRA, F. *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Editora Cultrix, 1982.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.652/2002 de 06 de novembro de 2002. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1658\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1658_2002.htm)> Consultado em 30.06.2014.
- Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM n.º 39 de abril de 1997.

- Disponível em < [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1997/39\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1997/39_1997.htm) >. Consultado em 30.06.2014.
- Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM nº 20 de 12 de agosto de 2010 - Processo Consulta CFM nº 8.883/09. Disponível em < [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2010/20\\_2010.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2010/20_2010.htm) > Consultado em 30.06.2014.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.482/1997 de 10 de setembro de 1997. Disponível em:<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1482\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1482_1997.htm)> Consultado em 30.06.2014.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.955/2010 de 12 de agosto de 2010. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955\\_2010.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm)> Consultado em 30.06.2014.
- Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. Informes Técnicos Institucionais “Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais”. Revista Saúde Pública, vol. 42 (3). São Paulo, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000300027&lng=es&nrm=1&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300027&lng=es&nrm=1&tlng=pt)> Consultado em 30.06.2014.
- FOUCAULT, M. [1980]. Do governo dos vivos: Curso no Collège de France, 1979-1980: aulas de 09 e 30 de janeiro de 1980; trad. e notas Nildo Avelino. São Paulo: Centro de Cultura Social, 2009.
- \_\_\_\_\_. [1979] *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2010.
- \_\_\_\_\_. [1976] História da Sexualidade I – A Vontade de Saber. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- \_\_\_\_\_. [1984] História da Sexualidade II – O uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FTM Brasil [2011]. Disponível em: < <http://www.ftmbrasil.org> > Consultado em 19.06.2012.
- GEERTZ, C. [1973]. *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro, LTC, 2008.
- GOOD, B. *Medicine, Rationality and Experience*. An Anthropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.836 / MS/GM, de 01 de dezembro de 2011. Disponível < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/>

- gm/2011/prt2836\_01\_12\_2011.html > Consultado em 30.06.2014.
- Ministério da Saúde. Portaria N° 457 / SAS, de 19 de agosto de 2008. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/Portarias/PORTARIA%20N%C2%B0%20457%20de%2019%20de%20Agosto%20de%202008.pdf>> Consultado em 30.06.2014.
- Ministério da Saúde. Portaria N° 1.707 / MS/GM, de 18 de agosto de 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707\\_18\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html)> Consultado em 30.06.2014.
- PELÚCIO, L. Na noite nem todos os gatos são pardos - Notas sobre a prostituição travesti. *Cadernos PAGU*, Ed. Julho-Dezembro de 2005.
- PELÚCIO, L. *Abjeção e desejo uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de AIDS*. São Paulo: Annablume, 2009.
- PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. A prevenção do desvio: o dispositivo da AIDS e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, nº.01 de 2009. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludYSociedad/article/view/29/26>> Consultado em 30.06.2014.
- PRECIADO, B. *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa Calpe S.A., 2008.
- Princípios de Yogyakarta. Disponível em <<http://www.yogyakartaprinciples.org>> Consultado em 19.06.2012.
- Programa Brasil Sem Homofobia. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil\\_sem\\_homofobia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf)> Consultado em 30.06.20142.
- Proyecto Transgénero Cuerpos Distintos (2010). Disponível em: <<http://www.proyecto-transgenero.org/index.html>> Consultado em 19.06.2012.
- RABINOW, P. [1999]. *Antropologia da razão – Ensaios de Paul Rabinow*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2003.
- RABINOW P. ; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. *Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais*, nº. 24. Abril de 2006. Disponível em <<http://pt.scribd.com/doc/93909263/O-Conceito-de-Biopoder-Hoje-Paul-Rabinow-Nikolas-Rose>> Consultado em 30.06.2014.
- ROHDEN, F. “O homem é mesmo sua testosterona”: promoção da

andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. *Horizontes Antropológicos*, Vol.17, nº35, pp.161-196, 2011.

RUSSO, J. A.; VENÂNCIO, A. T. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM-III. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, IX [03], 2006.

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

A Gazeta do Povo. Hospital das Clínicas de SP faz uma cirurgia por semana. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/saude/conteudo.phtml?id=1365545>> Consultado em 30.06.2014.

VALE, A. F. C. O Voo da Beleza: travestilidade e devir minoritário (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Ceará: Fortaleza, 2005.

VARELLA, D. Homens que são mulheres. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/sexualidade/homens-que-sao-mulheres> Consultado em 30.06.2014.

Recebido:01/07/2014.

Aprovado:22/12/2014.