

# **Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais do Estado de São Paulo: relatório de duas visitas (2010-2012)**

*São Paulo's Outpatient Clinic  
for Transsexuals and Transvestites:  
a report of two visits (2010-2012)*

**Anibal Guimarães**

*Doutor em Ciências (Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz)  
Especialista em Ética e Bioética (Instituto Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz)  
nblguimaraes@yahoo.com*

15

## Resumo

Tendo como base o Processo Transexualizador, este relatório reúne as observações de duas visitas ao Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais do Estado de São Paulo (ASITT). A primeira (2010) ocorreu um ano após a sua implantação, quando ainda se buscava conhecer melhor seu público-alvo e alguns modelos de atendimento eram testados; a segunda (2012), através de entrevistas, visou conhecer a autocrítica de gestores e profissionais para a sua prática clínica. À luz dos princípios da Bioética, foram observadas: atenção em saúde mental, prescrição da hormonioterapia e demais intervenções médico-cirúrgicas. Priorizaram-se as perspectivas de seus profissionais de saúde quanto à: (i) compreensão para as singularidades e especificidades de travestis e transexuais; e (ii) capacitação para valorar e diferenciar conceitualmente identidades de gênero percebidas como um desafio à lógica heteronormativa.

Palavras-chave: Processo Transexualizador. Saúde integral. Travesti e transexual. Saúde mental. Hormonioterapia.

## Abstract

Regarding the Transsexualizing Process, and based upon the Bioethics Principlism approach, this report gathers remarks of two visits I have made to São Paulo's Outpatient Clinic for Transsexuals and Transvestites (ASITT). My first visit to it occurred in 2010, one year after its opening, when health professionals were still trying to better know their patients and some models of healthcare were being tested. In 2012, three interviews with its managers and health professionals were made, in order to know their (self) criticism to their own clinical practice. Cross-sex hormone prescription, transgenitalization surgery, and mental health care are main issues here examined. Not only the capacities and understanding of its health professionals to singularities and specificities of transsexuals and transvestites are here examined but also how they conceptually value and differentiate gender identities that defy heteronormativity.

Keywords: Transsexualizing Process. Healthcare. Transvestite and transsexual. Mental health. Cross-sex hormone prescription. Bioethics.

## Introdução

“Quem detém o bisturi, detém o poder”, sugere o secretário estadual de Saúde do Paraná durante mais uma reunião de trabalho<sup>1</sup>. Mais do que se referir exclusivamente à relevância que possuem médicos e médicas no processo de tomada de decisões cotidianas na área da Saúde, aquele alerta serve também para apontar a hegemonia que tem a Medicina nesse universo. Na atenção à saúde de travestis e transexuais (TT) no Sistema Único de Saúde (SUS) não é diferente. Contudo, como se procurará demonstrar neste trabalho, seu acolhimento requer dos profissionais de saúde (PS) envolvidos bem mais que o domínio e a aplicação da melhor técnica. O enfrentamento das especificidades e singularidades em saúde de TT implica, necessariamente, o questionamento de “verdades” e “certezas” que fundamentam algumas “terapêuticas” e normas. Do contrário, técnica e tecnologia não serão suficientes para que se contemple a integralidade de sua saúde, de modo que princípios bioéticos, como beneficência, não maleficência, autonomia e justiça sejam, de fato, observados.

Se, a partir de 2008, a instituição do Processo Transexualizador (PrTr) no âmbito do SUS tinha como proposta a atenção à saúde integral de transexuais, ficou clara a existência de uma lacuna na atenção à saúde de travestis. Contudo, não apenas o PrTr tornou possível a consolidação dos serviços já existentes como, também, contribuiu para que fossem delineadas algumas outras propostas na área da saúde voltadas para os segmentos de TT. É o caso do Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais (ASITT), iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP). Criado em junho de 2009, o ASITT se encontra instalado na sede do Centro de Referência e Treinamento – DST/Aids (CRT-DST/Aids), no bairro da Vila Mariana, cidade de São Paulo.

Maria Clara Gianna, diretora do CRT-DST/Aids, diz que, desde 2008, já se pensava na “criação de um serviço especializado para TT, com [vistas a] ampliar [seu acesso] à prevenção, proteção e assistência à saúde, além de ofertar atenção integral às suas necessidades, inclusive suas especificidades, entre elas a utilização de hormônios e silicone”. Reconhece Gianna que estes eram “grupos historicamente alijados das políticas públicas e, portanto, afastados dos serviços públicos de saúde”. O grande diferencial desse serviço seria, portanto, “a perspectiva de uma atenção integral, humanizada e livre de discriminações e preconceitos”.

---

<sup>1</sup> Fala de Michele Caputo durante uma reunião de trabalho para a constituição de comissão técnica com vistas à implementação do ambulatório de saúde integral de TT daquele estado (Curitiba, 22/10/2012).

Assim, face à “inexistência de protocolos de cuidados direcionados à população de travestis e [à] necessidade de garantir a equidade do acesso e orientar as boas práticas assistenciais” que primassem “pela humanização e pelo combate aos processos discriminatórios como estratégias para a recuperação e a promoção da saúde”, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) editou a Resolução n. 208, de 2009 (R208). Em seguida, o CRT-DST/Aids elaborou o Protocolo Clínico Saúde Integral para Travestis<sup>2</sup> (PCSIT), restrito a usuárias maiores de 18 anos. Se o acolhimento de grupos historicamente marginalizados deixara de ser uma ideia abstrata para o SUS, a partir de então, a implantação e a eficácia da proposta de integralidade na saúde de TT se tornariam uma necessária preocupação para gestores e PS.

A criação do ASITT representa um inegável avanço para sua população-alvo. Contudo, cabe ressaltar que, ao longo do processo de negociações, que culminou na instituição do PrTr no SUS, o efetivo exercício do controle social em saúde não foi observado. Ao que parece, a assimetria existente entre os diferentes sujeitos políticos envolvidos contribuiu decisivamente para a hegemonia de alguns poucos atores e o silenciamento dos demais. Nesse sentido, Ricardo Barbosa Martins, coordenador da área de saúde mental do CRT e psicólogo do ASITT, oferece-nos uma dupla análise: primeiramente, ele sugere que “é um problema sério que o PrTr no SUS tenha sido construído por meia dúzia de psiquiatras, pois outras questões acabaram ficando de fora”. Já em relação ao próprio processo de construção do ASITT, sua análise é ainda mais refinada:

Para mim, este ambulatório, em sua concepção, surge de fontes que, entre si, são antagônicas. Ele é o resultado do encontro de águas conflituosas: a parceria e o contato absolutamente hegemônico da saúde e da medicina, sob a perspectiva cirúrgica, com o Hospital das Clínicas da USP (HC-FMUSP) e o Hospital de Base de São José do Rio Preto, com seu ambulatório voltado para a população travesti. O documento que produzimos ao final traduz esse encontro e representa uma espécie de síntese desta dialética. Para mim, este era um bom começo, na medida em que isso era o possível.

Para Flávia do Bonsucesso Teixeira, pesquisadora e coordenadora do Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais de Uberlândia, é significativo o fato de que, por ocasião do atual processo de revisão da Portaria

---

<sup>2</sup> Portaria n. a-1, de 27/01/2010.

457/2008 (a qual normatiza o PrTr), “o movimento social continua ausente das discussões”. Como bem sugere Teixeira, responder às demandas do movimento social seria “integrá-los no circuito da mensagem, forçando o [seu] reconhecimento”.

No ASITT, estão reunidas condições excepcionais para um pesquisador: grandes quantitativos de atendimento; inserção em uma importante estrutura administrativa (CRT/DST-Aids); e uma concepção ambiciosa, comungada igualmente por gestores e profissionais. Na tentativa de explorar ao máximo essa oportunidade, ajustei meu trabalho de observação ao seu horário de funcionamento (08h às 21h, de segunda a sexta-feira). Dentro do possível, recebi respostas generosas e pacientes de toda a equipe para as minhas muitas e incansáveis perguntas. É razoável pensar que o excelente acolhimento que desfrutei no ASITT seja o resultado de meu inegável interesse por suas questões.

Em 2010, durante minha primeira visita, limitei-me a conhecer o serviço e conversar com seus gestores e PS. Participei de reuniões das equipes de saúde mental e multidisciplinar para a discussão de casos clínicos e de desenvolvimento de projetos com vistas ao aperfeiçoamento dos serviços. Quando convidado a me manifestar sobre o que ali se discutia, busquei oferecer a minha contribuição enquanto pesquisador na área e, quando pertinente, posicionei-me como alguém preocupado com determinadas questões bioéticas que perpassam seu cotidiano. Em geral, os profissionais presentes naqueles encontros se mostraram interessados em conhecer uma posição externa ao serviço. Acredito que, para eles, isso, de alguma forma, serviria para legitimar e justificar a minha presença, nada discreta, durante tantos dias no ASITT. Interessava-me conhecer aquela estratégia, sobretudo por sua reiterada proposta de romper com uma espécie de paradigma da exclusão. Ressalto que nenhuma usuária foi entrevistada e que, lamentavelmente, homens transexuais tampouco fizeram parte de meu universo observacional<sup>3</sup>.

Desde o início, busquei deixar claro para toda a equipe que o meu interesse nos trabalhos ali desenvolvidos serviria não apenas para confirmar ou afastar alguns de meus pressupostos, mas, também, para contribuir na fomentação de sua autocrítica. Na medida em que é ainda escasso o conhecimento clínico acumulado no campo da atenção à saúde de TT, o ASITT

---

<sup>3</sup> Não apenas o universo de homens transexuais (FtM) no ASITT é quantitativamente menor do que o de mulheres transexuais e travestis (MtF), como, também, não verifiquei a sua presença nos grupos de psicoterapia de que participei. A abordagem do universo masculino na atenção à saúde de transexuais representa um enorme desafio para a academia brasileira.

– assim como as demais unidades de atenção especializada no PrTr que já existem ou venham a ser criadas no país – tem um papel fundamental para a construção coletiva desse mesmo conhecimento. Contudo, cabe ressaltar que a responsabilidade na sua construção deve ser compartilhada entre todos os seus atores, independentemente de eventuais assimetrias que, *a priori*, sejam estabelecidas nos planos institucionais, entre categorias profissionais e, por que não dizer, pessoais.

Em 2012, além das reuniões regulares das equipes, entrevistei gestores e profissionais da área de saúde mental, bem como fui autorizado pelos psicólogos – depois do consentimento dado pelas TT – a participar das sessões de psicoterapia individual e em grupo. Essa oportunidade excepcional não apenas contribuiu para elucidar determinados pontos de minhas pesquisas, como, também, serviu para confirmar a existência/resistência de uma estrutura binária de gênero que perpassa muitas das ações ali desenvolvidas.

Embora a proposta do ASITT seja ambiciosa e sedutora, o enfrentamento das questões cotidianas a que estão sujeitos seus gestores, PS e usuárias e usuários requer a máxima atenção e o contínuo investimento. É esse o desafio que se apresenta para a construção do campo de atenção à saúde integral de TT. Para Gianna, o ASITT deverá servir “para estimular diferentes esferas e municípios do estado de São Paulo a replicar a iniciativa. Isso é urgente”. Em nosso país, passados mais de quatro anos da instituição do PrTr no âmbito do SUS, a proposta de efetiva atenção à saúde integral de TT é uma realidade encontrada apenas no ASITT e no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Este relatório é o resultado da observação de campo e das entrevistas que fiz com os profissionais e gestores do ASITT. Com o propósito de destacar determinados pontos e apresentar algumas críticas relevantes quanto às diretrizes do próprio PrTr, também recorro a trechos de uma entrevista que, em dezembro de 2012, realizei com Flávia do Bonsucesso Teixeira, pesquisadora e coordenadora do Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (MG).

### **Aspectos gerais**

No ASITT, estão matriculadas cerca de 1500 TT. Para Martins, os números são surpreendentes: “não tinha ideia da quantidade de gente que se expressa como transgênero. É forçoso reconhecer que estas mesmas pessoas

estão completamente excluídas, que vivem vidas bastante precárias, como lhes é possível viver”. De maneira geral, são essas as principais questões inicialmente trazidas por TT aos profissionais do ASITT: prescrição para o acesso a hormônios e o fornecimento de próteses, retirada cirúrgica do silicone industrial líquido, além, é claro, da cirurgia de transgenitalização (CT). O desconhecimento de muitas TT para alguns avanços jurídicos no reconhecimento de sua cidadania chama a atenção da psicóloga Heloísa Hanada: “chega a ser curioso que algumas destas pessoas não saibam, por exemplo, que é possível atender a uma necessidade que, com bastante frequência, elas próprias mencionam aqui: a troca de prenome”.

A retirada cirúrgica do silicone industrial líquido dos corpos de TT é uma questão que representa enorme preocupação para Judit Busanello, psicóloga e diretora técnica do ASITT, uma vez que “seu enfrentamento não é nada fácil e o êxito cirúrgico é baixo, menor que 50%”. Os casos mais graves que são identificados no ASITT são encaminhados para o Hospital Estadual de Diadema, referência no tema. Diz Busanello: “lamentavelmente, a intervenção médica só pode acontecer após um determinado tempo, depois que os tecidos já apresentam sinais de prejuízo. Antes disso, qualquer intervenção pode ser ainda mais prejudicial à paciente”. Para tentar diminuir a infecção, prescrevem-se antibióticos; outras vezes, só é possível que se busque o alívio dos edemas. São muitas as reclamações de dores nas articulações e nas regiões afetadas pelo silicone. Diz Busanello que “é preciso que se cuide da questão circulatória e se promova a diminuição do inchaço nas pernas”. Para salientar as diferentes repercussões para a saúde física e psíquica das pessoas que sofrem com o uso em seus corpos do silicone industrial, Busanello relembra um caso identificado no ASITT:

Uma de nossas pacientes apresentava, há mais de 15 anos, vazamento de silicone em seu corpo. Ela não saía mais de casa, pois a ferida exposta a fazia sentir nojo de si própria. Conseguimos interná-la no Emílio Ribas. Foram necessárias diversas cirurgias plásticas para se tentar reconstruir um pouco da parte da perna corroída pela lesão.

A questão do uso clandestino de silicone industrial líquido no corpo não é exclusividade de TT. Busanello se diz preocupada com a atual dimensão do problema:

Não raro, aqui no ASITT, recebemos pedidos de ajuda de mulheres biológicas que peregrinam em vão pelos serviços de saúde, hospitais-escolas e clínicas particulares. Isso é muito grave. O Ministério da Saúde deveria lançar um

alerta, uma campanha, para conscientizar todas as pessoas para os riscos que decorrem de sua utilização.

Se, por um lado, a desassistência a esses segmentos na rede pública implica a enorme demanda por atendimento no ASITT e, conseqüentemente, aponta para a necessidade de se promover o seu funcionamento diário, por outro lado, “lamentavelmente, acaba por sacrificar, de uma forma ou de outra, a nossa capacidade em oferecer o melhor atendimento a esta mesma população. Afinal, no mesmo espaço físico do ASITT funcionam 2 outros serviços: o CTA e a DST”, destaca Busanello.

A inegável dedicação de toda a equipe do ASITT para o acolhimento de TT esbarra em questões que, contrariamente à sua vontade e forte sentido ético, colocam em xeque a própria qualidade no atendimento. Embora reconheça os esforços dos profissionais que integram o ASITT, Busanello salienta:

É inegável que a superlotação do ASITT, somada às condições de trabalho que encontramos, acabam por estressar bastante toda a equipe. Temos vivido uma situação de *burn-out* aqui. Ainda que crescente a nossa necessidade de pessoal, não me oponho aos pedidos de licença-prêmio recebidos. Jamais poderia negar esse direito a um servidor.

Por ser a única referência na cidade de São Paulo para o atendimento ambulatorial de TT, as demandas do ASITT acabam se sobrepondo às necessidades dos outros serviços ali alocados (CTA e DST). Muitas vezes, Busanello se vê obrigada a deslocar para o ASITT profissionais alocados nos outros 2 serviços: “embora seja enorme a boa-vontade deles, sei que não é justo sobrecarregá-los ainda mais. Vivo um dilema, pois tampouco posso minimizar os demais serviços em detrimento do ASITT”. Preocupada com a situação enfrentada atualmente no ASITT, Busanello revela que duas questões perpassam o seu agir cotidiano: “com vistas a assegurar qualidade no atendimento de TT, estão sendo observadas as melhores condições de trabalho de toda a equipe que reparte o mesmo espaço físico de trabalho? É razoável e desejável que as coisas aconteçam assim?”.

Provocada a pensar em alternativas para os problemas aqui identificados, Busanello oferece a seguinte reflexão:

Para que se preserve a qualidade do atendimento nos 3 serviços, já passou da hora de o ASITT se deslocar do espaço físico do CRT. Mas, a pergunta é: onde instalá-lo? Por integrar a estrutura do CRT, não dispomos de orçamento próprio. Em resumo, por uma questão de sua concepção,

não somos rentáveis, não administramos um orçamento, não temos receitas, nem geramos renda para o CRT, por mais estranho que isso possa parecer, dado o volume de atendimento que temos aqui.

Gianna parece concordar com Busanello quando ressalta que “a falta de espaço físico dentro no ASITT” pode acabar resultando na indesejada “ociosidade de alguns profissionais que foram deslocados do CRT” para suprir aquela demanda. Compreendo que isso é lamentável, dado que a falta de espaço físico adequado às suas necessidades pode representar um grave obstáculo à proposta de excelência do ASITT.

Em meio a algumas dificuldades encontradas no cotidiano do ASITT, constitui agradável surpresa o trabalho desenvolvido ali pela fonoaudióloga Denise Mallet. Sua proposta de ensinar TT a modularem a voz, de modo a torná-la mais suave, representa um desafio fabuloso dentro do PrTr. Para algumas TT, a qualidade da emissão de sua voz grave pode representar um motivo de enorme sofrimento. A eventual dificuldade de algumas TT para dissimulá-la pode, muitas vezes, colocar em risco, aos olhos de terceiros, a “legitimidade” de sua identidade de gênero, sua necessidade de “passar”<sup>4</sup>. Por outro lado, se excessivamente fina, a voz pode parecer infantil. A delicadeza e expertise de Denise contribuem significativamente para que TT encontrem o tom de voz mais adequado a sua personalidade, identidade e expressão de gênero.

### **Observações quanto à prescrição da hormonioterapia e demais intervenções médico-cirúrgicas**

Em 2010, chamou-me atenção o desconforto de alguns dos profissionais do ASITT quando perguntados a respeito da prescrição da hormonioterapia (HTP) para TT, não obstante a sua contemplação no PCSIT<sup>5</sup>. Em se reconhecendo a questão hormonal como um dos pilares de sustentação do PrTr, causou-me estranheza a falta de consenso – ou de conhecimento da existência de parâmetros médico-endocrinológicos seguros, objetivos e claros – quanto a prescrição, dosagem ou interrupção da HTP. Para ajudar na compreensão desse problema, trago duas diferentes análises. Segundo Martins, “para se justificar a inação dos profissionais nos serviços de saúde do Brasil, em

---

<sup>4</sup> “Passar”, na linguagem de TT, significa ser percebida por terceiros enquanto alguém do sexo biológico oposto ao de seu nascimento, ou seja, “passar” significa não ter a sua identidade de gênero rechaçada.

<sup>5</sup> Por ocasião da realização, em Brasília, do Seminário para a Revisão do PrTr, perguntei a uma médica ali presente por que alguns médicos sentiriam “tanto desconforto” em prescrever a HTP para TT. Sem justificar sua resposta, ela disse apenas que “alguns endocrinologistas têm medo”.

geral, recorre-se ao argumento da ilegalidade como álibi para não se prescrever a HTP. Isso é um problema gravíssimo”. Para Teixeira, a questão é outra:

O que me parece é que, no Brasil, em relação à HTP para adolescentes, as pessoas que estão em posição de saber-poder não acompanham ou desconsideram os estudos e as publicações realizadas no exterior. Insistem que faltam evidências, isso não é verdade. O que é que temos produzido aqui em termos de pesquisa para se negar a prescrição de diferentes procedimentos no âmbito do PrTr? No exterior, os serviços que se dedicam à saúde de TT estão produzindo tecnologia e evidências científicas. Em nossos país, é preciso cobrar desses serviços a expertise que a eles foi outorgada.

Com a edição da Resolução CFM n. 1955, de 2010 (R1955), dá-se, no plano institucional, o reconhecimento ético quanto ao “propósito terapêutico” de que se revestem “os procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo”. Autorizadas a prescrição da HTP para travestis e a realização de histerectomia e mastectomia, dentre outros procedimentos, para homens transexuais, não apenas se corrige a discriminação contra esses grupos no texto do PrTr, como, também, a sua prescrição deixa de representar um problema ético para os médicos inseridos no serviço.

No tocante à minha afirmação de que a R1955 autoriza a prescrição da HTP para travestis, cabe um esclarecimento. A julgar pelos inafastáveis argumentos (“considerandos”) que a R208 reúne para suprir a lacuna da então vigente Resolução CFM n. 1652, de 2002 (R1652), e assim autorizar no ASITT a atenção a travestis, não se há de negar autorização para a prescrição da HTP a travestis nos demais serviços que existam, ou venham a ser criados, no país. Em se admitindo o contrário, não se estará reconhecendo a força da Constituição Federal, das diretrizes do SUS, da Resolução CNS n. 196, de 1996, da Lei Orgânica da Saúde, da Carta de Direitos dos Usuários do SUS, da R1652, das Portarias MS n. 1707, de 2008 (P1707), e n. 457, de 2008 (P457) – conhecidas como “PrTr” – e do Código de Ética Médica. Como pertinentemente sugere Busanello, a proposta da R208 é de “complementar a P1707, a qual visa apenas às transexuais”.

No âmbito do ASITT, a superação do aspecto ético quanto à prescrição da HTP não resultou, por exemplo, em uma maior agilidade no fluxo de encaminhamento de TT que buscam seus serviços. Embora HTP e CT sejam as principais demandas dessas pessoas, nem sempre quem deseja hormônios

também deseja a cirurgia. Nesse sentido, Hanada oferece um comentário bastante pertinente:

As especificidades da demanda deveriam orientar a formação de filas, sobretudo porque muitas [das TT] já fazem uso de hormônios há algum tempo. Se, de fato, é a redução de danos o que se busca, devemos fazer com que essa pessoa seja logo atendida por uma endocrinologista. No entanto, como é possível se pensar em uma estratégia de redução de danos para TT se a endocrinologista vem ao ASITT uma vez por semana? Seu atendimento adequado implica o acompanhamento da endocrinologista; não é apenas vir, pegar a receita e tchau.

Por se constituir em parte significativa do PrTr, a HTP merece a máxima atenção e investimento de conhecimento por parte de gestores e PS. Suas diferentes repercussões nos planos psíquico e físico de TT devem ser objeto de constante reflexão quanto à beneficência de sua proposta. Ao se reconhecer que a ingestão indiscriminada e clandestina de hormônios fez, ou faz, parte do cotidiano de expressivo número de TT, deve-se admitir a urgência e seriedade para o enfrentamento do tema. Nesse aspecto, a reflexão de Martins é bastante interessante:

Em sendo a HTP reversível – ao contrário da radicalidade que a CT implica –, podemos tomá-la como uma espécie de ensaio, necessário, com seu próprio corpo e, ao mesmo tempo, pensar o corpo e o apoio psíquico que seu corpo lhe garante. Em nossa experiência clínica no ASITT, nos deparamos com pessoas que, embora já se sentissem transexuais, somente vieram a fazer uso de hormônios depois que aqui chegaram. Para elas, isso funcionou de maneira bastante positiva, pois, aos poucos, lhes foi possível perceber que as alterações corporais resultantes da HTP lhes inseriam, de um modo mais definitivo e tranquilo, neste processo. Isso resultava em uma maior certeza quanto a seu corpo e sua expressão corporal, agora associada a sua identidade de gênero.

Embora Martins demonstre ser favorável à prescrição da HTP, o cuidado quanto à banalização do uso de hormônios faz parte de seu agir:

Nossa maior preocupação é tentar fazer o sujeito entender as implicações do uso desses hormônios que ele já fazia – ou que pretende vir a fazer – sobre seu corpo, as consequências, os riscos, as transformações, as possíveis frustrações que

podem decorrer deste mesmo uso, se essas mesmas transformações correspondem às suas expectativas, ou se a este corpo que ele está chegando também corresponde a sua autoimagem. Em geral, as pessoas não se negam a essa nossa proposta, na medida em que elas percebem que isso tudo faz parte do nosso esforço para o acolhimento desse mesmo sujeito, e que não estamos trabalhando com uma espécie de ditadura “hard” de programa. É preciso que o profissional de saúde compreenda muito bem a questão que este mesmo sujeito lhe traz.

Embora a edição da R1955 represente um inequívoco ganho para homens transexuais e travestis que atendam a seus critérios de seleção, permanece negligenciada a questão da utilização de hormônios por adolescentes que desejam ressaltar a sua identidade de gênero “discordante” quanto ao sexo biológico de nascimento. Marcos Benedetti, em seu trabalho de campo realizado em Porto Alegre, já apontava que “boa parte das travestis inicia a ingestão e aplicação de pesadas doses de medicamentos contendo progesterona e estrogênio na adolescência, em geral por volta dos 14 ou 15 anos”. Ele diz que esses medicamentos “são utilizados pelas travestis brasileiras há aproximadamente 30 anos”.

Ainda que o PCSIT determine que a HTP deverá ser prescrita somente aos maiores de 18 anos, o uso indiscriminado e clandestino de hormônios por adolescentes demanda a urgente adoção de estratégias para a redução de danos, tendo em vista a determinação do item 1 (“Acolhimento”), do Anexo III do PrTr.

Mais do que representar uma necessária estratégia de redução de danos, a prescrição de bloqueio e de HTP para crianças e adolescentes que apresentam conflito entre sua identidade de gênero e o corpo físico sugere também urgência no desenvolvimento de pesquisas. Diz Martins, coordenador de saúde mental do ASITT:

Não acredito que a proibição ou liberação da HTP para crianças e adolescentes devam fazer parte do receituário. Devemos procurar ouvir esses sujeitos, para que seja possível avaliar a forma como tem se dado o desenvolvimento de sua expressão. Deter o desenvolvimento hormonal de uma criança, confesso, me apavora. Só se sabe o que se quer, ou não se quer, em termos corporais, quando este mesmo corpo aponta para um lado ou para outro. Se o corpo ainda não aponta para nada, que referência corporal você tem senão o próprio

corpo? Para mim, a falta de uma referência mínima da realidade de um dado corpo – seja para o masculino ou para o feminino – é uma questão que se deve considerar quando se pensa no lugar que essa identidade de gênero vai ocupar. Diante da eventual possibilidade de interrupção desse processo natural do apontamento de uma convicção fisiológica quanto a ser feminino ou masculino – pois, fisiologicamente, são essas as duas possibilidades de inteligibilidade reconhecidas –, como a sua constituição psíquica de identidade de gênero vai conseguir operar uma relação razoavelmente segura com aquilo que você não quer no seu corpo? Deter o desenvolvimento hormonal do sujeito significa, a meu ver, não lhe permitir jamais conhecer o seu próprio corpo. O corpo é um apoio psíquico para a sua vida. Nós mantemos relação com nosso corpo, pensamos o nosso corpo. Podemos ter autonomia sobre nosso corpo e mudá-lo, sim, mas essa autonomia só será suficientemente sólida se este corpo for um corpo constituído, não um corpo imaginário, que não aponta nem para um lado nem para o outro.

Para Teixeira, a questão requer outra abordagem:

A R1955 não proíbe a HTP para menores, mas estabelece uma idade para a realização das CT. Se, no âmbito internacional, existem linhas-guias que autorizam a HTP para adolescentes, e se no âmbito privado, aqui mesmo no Brasil, adolescentes se submetem ao acompanhamento endocrinológico por volta dos 14 anos de idade, o que me parece que está então em jogo é o acesso. Sendo assim, é preciso então que se provoque o CFM para discutir a questão da HTP para adolescentes e, também, esse “*mantra*” dos 2 anos de permanência no PrTr. No ambulatório de TT de Uberlândia, existem algumas usuárias e usuários que começaram a fazer uso dos hormônios aos 14 anos de idade no âmbito da saúde privada. De uma forma ou de outra, eles e elas acabam chegando até nós.

Quando questionada a respeito da qualidade da demanda por HTP que um adolescente apresentaria ao profissional responsável por sua prescrição, esclarece Teixeira:

O que pode ser proposto em termos de HTP para um/a adolescente é o bloqueio, não a administração de

hormônios cruzados: isso leva a um maior crescimento das meninas e a um menor crescimento de meninos. Se, mais à frente, não se confirmar a vontade desses adolescentes para que se prossiga a HTP, teremos, ao final, meninos um pouco menores e meninas um pouco maiores que a média. Se decidirem por desistir da proposta de HTP, o fim do bloqueio possibilita a retomada do processo anterior de cada pessoa em seu gênero de nascimento. Parece-me que, em termos de perdas ou benefícios, isso é muito melhor do que, digamos, o desenvolvimento indesejável de caracteres secundários do gênero oposto.

No tocante a alguns dos efeitos da R1955, a direção do ASITT informa que está assegurado a suas usuárias o fornecimento de todos os hormônios que lhes forem prescritos pelos profissionais daquele serviço. Se a certeza quanto ao acesso à HTP representa para TT a possibilidade de manutenção de suas propostas terapêuticas, por outro lado, permanece duvidoso o encaminhamento dos homens transexuais que buscam no ASITT o direito à remoção de gônadas indesejáveis. Não obstante essa Resolução autorizar aos médicos a realização dos procedimentos necessários, de acordo com as exigências ali estipuladas, a sua realização tem encontrado alguns obstáculos. É o caso, por exemplo, das cirurgias de mastectomia.

Segundo Gianna, a não renovação, em tempo hábil, dos convênios entre o CRT/ASITT e os estabelecimentos executores chegou a impedir que, em um dado momento, algumas cirurgias de mastectomia e correção de lipodistrofia não fossem realizadas. Embora, nesse caso, a justificativa se dê sob a perspectiva da observância de princípios da administração pública, não é demais lembrar que, em outras situações, a sua não realização pode sugerir juízo de valor da parte de alguns profissionais ou, até mesmo, conservadorismo institucional. Nesse sentido, Ventura e Schramm alertam para o fato de que, em se verificando uma espécie de conflito moral entre o sujeito transexual e as normas vigentes, os direitos humanos não podem se converter em um dever de adequação por parte da pessoa à “moralidade sexual dominante”.

No tocante às diferentes questões que envolvem a prescrição da HTP, é necessário que se conheçam outras perspectivas, seja para reforçar, seja para refutar determinadas crenças ou posicionamentos que, muitas vezes, são adotados nos serviços voltados à saúde de TT. Revelando apurado senso crítico e elevada sensibilidade ética quanto a alguns “dogmas” observados nesse campo, Flávia do Bonsucesso Teixeira é enfática: “sinto falta de um aporte teórico que justifique as propostas de intervenção. Não dá para justificar as

ações porque se acha que é assim e pronto, sem se admitir a crítica”. Quando pensa na condução de todo o PrTr – sobretudo, atenção à saúde mental, HTP, diferentes intervenções médico-cirúrgicas e enfrentamento das questões sociais –, Teixeira demonstra profunda preocupação:

Acho que o que está em questão em alguns serviços é o medo de se perder o poder, um medo enorme de se verem questionadas normas que organizam um serviço engessado, medo de se autocriticar e perceber que outros serviços cresceram e fazem melhor o que, até então, era feito por eles. Em resumo, que não se detém mais a hegemonia naquele campo.

Teixeira diz que muito se tem investido em pesquisas no ambulatório de TT que coordena. Recentemente, dois endocrinologistas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia foram à Holanda acompanhar o serviço denominado de *Gender Team*, coordenado pela professora-pesquisadora Peggy Cohen-Kettenis na *Vrije Universiteit van Amsterdam*. Em 2012, através de parceria com o Projeto de Atendimento aos Transexuais, da Universidade Federal de Goiás, o importante cirurgião-uropologista Miroslav L. Djordjevic, professor de cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de Belgrado, foi convidado a capacitar as duas equipes, em atividade acompanhada por técnicos do MS. Igualmente, o estudo de protocolos internacionais para a HTP tem servido para fomentar intensa discussão entre a equipe. Em se considerando a alta complexidade de que se reveste o PrTr e a contínua necessidade de se construir um campo de conhecimento da clínica de TT, não é demais reiterar que o intenso diálogo e debate entre as ideias e técnicas de diferentes pesquisadores, nacionais e estrangeiros, deve orientar e pautar seus fundamentos.

Nesse ponto, cabe uma reflexão. Se, até a edição da R1955, a falta de normatização e consideração ética era considerada empecilho para que PS prescrevessem a HTP, surpreende que o mesmo órgão não tenha ainda conclamado seus profissionais a realizarem, com o necessário rigor, estudos longitudinais que tratem dos efeitos da HTP em travestis, homens e mulheres transexuais. Afinal, para que se possa, de fato, afirmar que a HTP representa uma estratégia de redução de danos para esses segmentos, é necessário que se conheçam os efeitos em seus organismos. Nesse sentido, Arán e Murta (2008) são enfáticas: “a literatura especializada aponta para a necessidade de pesquisas empíricas sobre os efeitos colaterais do uso prolongado de hormônios”.

## Observações quanto à atenção em saúde mental

No ASITT, questionamentos quanto ao papel da psicoterapia e à rigidez de diretrizes para a elaboração psicodiagnóstica como condição de acesso ao PrTr ocupam significativa parcela das preocupações de seus profissionais. Sob essa perspectiva, participar das reuniões de sua equipe de saúde mental para o estudo de casos possibilitou-me melhor compreender algumas das angústias por eles enfrentadas. É o caso, por exemplo, da psicóloga Heloísa Hanada. Para ela, é preocupante que alguns de seus colegas do ASITT (i) apresentem “determinadas concepções de masculino e feminino, do que é ser homem ou mulher”; que (ii) demonstrem “dificuldade quanto à conceituação de travesti e transexual, [ou seja,] o que diferenciaria uma da outra identidade”, e (iii) revelem “temor por uma eventual reversibilidade de uma dada identidade de gênero no pós-operatório”. Não sem razão, Hanada tem insistido com seus pares quanto à necessidade de se “definir qual a proposta do ambulatório”.

Teixeira tenta resumir sua posição quanto às dificuldades que alguns PS têm para a compreensão dessas “novas” identidades:

Travestis reivindicam um lugar diferente das transexuais. Travestis buscam um lugar que é muito incômodo. Ou seja, a reivindicação desse pênis, o falar desse pênis, o gozar com esse pênis... Isso é extremamente incômodo para todo mundo. [Cabe afirmar] não é mais um problema para a travesti ser também ativa com seus maridos. É isso o que embaralha tudo, e eu acho fantástico. Afinal, [se o que reivindicamos é um lugar,] ter uma vagina não garante nada para uma mulher.

A fala de Teixeira parece conferir ainda mais força às observações de Hanada. Para a psicóloga, se algumas questões estão contempladas no protocolo de atendimento do ASITT, “permanece sem resposta a [sua] dúvida maior: o que pretendemos com nossa proposta psicoterapêutica? Qual é o seu objetivo, afinal? O que pode ser considerado, para esse público, como um 'bom' acompanhamento psicológico?”. No esforço de compreender o problema, Hanada oferece-nos sua análise:

Lamentavelmente, por absoluta falta de tempo, é muito difícil conseguirmos reunir todos os profissionais da equipe para abordar esse problema com profundidade. Assim, prosseguimos com essas lacunas. Falta-nos tempo para estudar e discutir juntos, com embasamento teórico de peso, capaz de nos ajudar a melhor enfrentar nossas dificuldades. Hoje, se não conseguimos abordar todas as

questões, pelo menos nos reunimos uma vez por semana. Em meu início aqui no ASITT, as reuniões existiam, mas estavam desmobilizadas, a participação das pessoas era irregular. A pressão pelo atendimento é outro fator que temos que enfrentar, e isso acaba representando um enorme empecilho ao nosso aperfeiçoamento e efetivo acompanhamento das questões do campo que têm sido debatidas na academia, por exemplo. Por isso, acredito que, para se discutir qual a proposta e objetivo do ASITT, e se avaliar adequadamente se estamos, ou não, acertando, é preciso que as pessoas tenham o mesmo entendimento e interesse pelas questões com que aqui nos deparamos. Em resumo, antes de saber se estamos errando ou acertando, é preciso que se conheça qual é a nossa proposta e objetivo.

A centralidade que tem a psicoterapia dentro do PrTr é objeto de inúmeras críticas por parte de gestores, profissionais da área de saúde mental, pesquisadores, usuários e movimento social. A esse respeito, Martins é enfático:

A importação, sem qualquer crítica, de um ou vários modelos [de proposta psicoterapêutica] acarretou na transformação deste usuário em uma dimensão abstrata, com certo valor estatístico, que merece atenção. Criou-se um fetiche psicoterápico. Ou seja, o sujeito é obrigado, ele é submetido, tem uma moeda de negociação com o SUS: ele se submete ao PrTr, onde ele terá sua CT se ele se submeter a uma psicoterapia. Bem, cabe então perguntar que psicoterapia é essa de que estou aqui falando? Trata-se de uma psicoterapia altamente discutível porque compulsória. Essa compulsoriedade impugna não apenas o próprio processo psicoterápico como, também, impugna o dispositivo psíquico de alguém que, de fato, entra neste processo.

Em uma dada reunião de equipe, quando se debatia a imprecisão e simultânea obrigatoriedade da psicoterapia no PrTr, Martins afirmou que “é esta exata compulsoriedade que fomenta o ódio entre seus e suas usuárias”. Para ele, não parece haver dúvida de que

isto acaba, muitas vezes, por produzir uma espécie de clínica iatrogênica, uma clínica autofágica, na qual você trata aquilo que você próprio cria. Você explicita isso de um modo ou de outro: ou você transgride minimamente os contratos que são feitos pela determinação programática ou faz uma psicoterapia que eu chamo de fetiche. Você pega o sintoma da instituição, abarganha o sujeito, transforma

tudo em diálogo psicoterápico, e passa a chamar isso de psicoterapia.

Teixeira nos oferece outra perspectiva quanto à centralidade que tem a saúde mental no PrTr quando fala de sua experiência no ambulatório de Uberlândia:

Não consigo pensar um serviço voltado para a atenção às pessoas TT que seja organizado pela área de saúde mental. Isso é um equívoco do PrTr. Temos obrigação de minar por dentro esse equívoco. Nosso ambulatório não tem como porta de entrada a saúde mental. Se é esse o viés adotado em determinados serviços, está tudo equivocando. Por esse viés, se acaba reproduzindo a obrigatoriedade da terapia. A psicoterapia está baseada em vínculo e demanda. Não pode haver terapia onde não há demanda. Se, de fato, houver demanda, essa não pode ser forçada por uma Portaria. O que estamos tentando fazer em Uberlândia é pensar como a assistência pode ser construída, tendo como prerrogativa o direito do acesso à saúde e a escuta das demandas desse mesmo sujeito. É possível que a assistência à saúde mental seja mesmo necessária a algumas pessoas? Sim, a demanda pode até requerer o seu acesso, mas a psicoterapia não pode ser uma obrigatoriedade.

Como se pode depreender, no ASITT, a importância atribuída à confecção do diagnóstico de “transexualismo”/“transtorno da identidade sexual” suscita, muitas vezes, diferentes tensões não apenas entre as próprias usuárias e entre usuárias e profissionais de saúde, como, também, entre os próprios membros da equipe multidisciplinar. À primeira vista, é a busca por uma suposta “verdade” – a qual sustentaria a existência de uma determinada identidade de gênero – o que move todos os atores ali envolvidos. Contudo, ao que parece, esse esforço resulta da necessidade de se ajustar, ao máximo, aquela mesma identidade à nosologia que descreve seus critérios e sintomas. É essa, portanto, uma questão essencial quando se procura discutir o papel da saúde mental no PrTr.

No acompanhamento de algumas sessões de psicoterapia em grupo no ASITT, percebi, com bastante clareza, o estado de autovigilância e controle intragrupo quanto ao desempenho das normas de gênero prescritas pela Psicologia e Psiquiatria para uma dada identidade. De maneira geral, esforçam-se suas participantes em demonstrar naturalidade quanto à identidade de gênero por elas reivindicada, dado que, na prática clínica, ainda é

essa a condição *sine qua non* para o acesso ao PrTr. Nesse quadro, eventuais “discrepâncias” quanto ao que seria autorizado para um “homem” ou uma “mulher” são objetos de seu mais profundo temor.

Surpreende-me que, em um dado grupo, algumas transexuais, a partir da expressão de gênero “incongruente” de uma de suas participantes, lancem dúvidas quanto à sua alegada identidade de gênero. Dada à extrema rigidez quanto aos papéis de gênero “feminino” e “masculino” que permeiam a prática clínica de muitos profissionais da área de saúde mental, parece razoável que se pense que, de uma forma ou de outra, o restante do grupo se sinta estimulado a oferecer aquela provocação, seja porque, agindo assim, algumas delas acreditam convencer o profissional de saúde de que sabem reconhecer normas de gênero condizentes com sua proposta de identidade, seja porque seria aquele um modo “científico” de reforçar a autoconvicção quanto à sua própria identidade e expressão de gênero.

Gostaria de ressaltar que, no meu entender, essa suposta autovigilância e controle intragrupo se justificam, sobretudo, pela inegável força que, para os profissionais de saúde mental, tem o DSM na elaboração do diagnóstico de transexualismo. De maneira geral, longe do espaço de controle sobre o gênero reivindicado, que, na atualidade, se constituem as unidades de atenção especializada no PrTr, é salutar perceber a existência de menor rigidez entre as próprias transexuais quanto a se seguir a cartilha de gênero prescrita pela Psicologia e Psiquiatria. Algumas vezes, em diferentes eventos de que participei no país, ouvi, em tom de inequívoca ironia, o alerta dado por elas próprias de que o laudo de uma ou de outra transexual poderia ser “cassado”, pois sua expressão de gênero não seria condizente com a identidade de gênero alegada para os profissionais encarregados de elaborar seu diagnóstico.

Nesse aspecto, é interessante a reflexão de Hanada quanto à necessidade de alguns profissionais da área de saúde mental recorrerem aos estereótipos de gênero na hora de elaborar seu diagnóstico: “no início, tinha alguns colegas que diziam assim: 'não estou conseguindo enxergar nesta pessoa a feminilidade alegada... será mesmo que ela é trans?'”. Uma vez, com um colega que me disse: “ela se diz 'trans', mas usa coturno”, brinquei: “como assim, ela não pode ser uma mulher *punk*?”.

A experiência clínica de Busanello no ASITT revela essa mesma tensão através de um caso bastante emblemático: uma determinada usuária, depois de experimentar profundo sofrimento interior por percorrer, em vão, diferentes serviços e ver sempre refutada a sua identidade de gênero pela área de saúde

mental, acabou encontrando no ASITT “a autorização para o paulatino viver de sua transexualidade”. Na compreensão de Busanello,

isso foi profundamente terapêutico, pois lhe permitiu se acalmar, entrar em harmonia. A confirmação de seu feminino funcionou como um verdadeiro bálsamo. É fundamental a necessidade de se estabelecer vínculos de confiança entre paciente e psicoterapeuta para uma proposta terapêutica exitosa.

Se Hanada, Martins e Busanello oferecem críticas que se complementam no tocante ao conteúdo psicoterápico e à sua compulsoriedade, para Teixeira, o debate requer que se questione a própria necessidade da Psicologia no âmbito do PrTr:

Se a transexualidade representa uma questão importante para esse campo de conhecimento, importa pensar qual é o papel do psicólogo, ou seja, qual é a sua proposta para este grupo. A Psicologia parte do princípio de que deve existir uma proposta. Eles não se perguntam se, de fato, a Psicologia é necessária. E se não for, de fato, necessário o papel dos psicólogos no PrTr? Verifico que, às vezes, pressupomos um papel central para a Psicologia que, sinceramente, não sei se é legítimo.

A compreensão de que a transexualidade é uma “psicopatologia” – a qual, segundo Martins, seria reproduzida, de maneira a-crítica, no texto do PrTr<sup>6</sup> – não é exclusiva, nem originária, do CFM. Tampouco a centralidade que tem a área da saúde mental nas questões relacionadas à transexualidade. Contudo, dado que o diagnóstico psiquiátrico “é um vetor de patologização e de estigma que restringe o direito à atenção médica e limita a autonomia” (MURTA, 2011, p.14), parece razoável que se pense no intenso sofrimento a que estão sujeitas as pessoas transexuais que, no Brasil, necessitam de um laudo e, com frequência, se veem escrutinizadas, questionadas e reinterpretadas por profissionais da área de saúde mental.

Outra questão frequentemente considerada como motivo de preocupação para a equipe de saúde mental do ASITT é o eventual diagnóstico de diferentes transtornos mentais em TT que ali são acolhidas. Essa apreensão não é desarrazoada, uma vez que os documentos que orientam a atenção a

---

<sup>6</sup> A Resolução CFM n. 1955, de 2010, bem como a Portaria MS n. 457, de 2008, são seu exemplo inequívoco.

esses segmentos são taxativos quanto a se afastar o que consideram “comorbidades” na indicação para a CT. Se, por um lado, a R 1955 traz, em seu artigo 3º, item 4, que “a definição de transexualismo [implica a] ausência de outros transtornos mentais”, por outro, a P457, em seu Anexo III (“Diretrizes de Assistência ao Indivíduo com Indicação para a Realização do Processo Transexualizador”), é explícita quanto à “necessidade de [se] distinguir transexualismo dos demais transtornos da identidade sexual”. Em resumo, esses documentos nada mais fazem do que reiterar a sua compreensão de que a transexualidade é um “transtorno mental”.

Nesse sentido, Teixeira oferece uma perspectiva desafiadora às diretrizes atualmente vigentes:

Em Uberlândia, atendemos, por exemplo, a travestis com transtornos alimentares, a TT deprimidas. O transtorno bipolar, por exemplo, representa um desafio ao PrTr, na medida em que seu próprio texto reitera que não se pode admitir “outros transtornos”. Ora, isso, em si, já significa o reconhecimento oficial de que a própria transexualidade representa um transtorno. Questiono o fato de que a pessoa bipolar seja excluída do PrTr, na medida em que sua bipolaridade não lhe retira a autonomia, a sua condição de sujeito. Pensar de forma contrária significa jogar fora toda a base, toda a luta, da reforma psiquiátrica. Reconheço a existência de transtornos psíquicos, sim, mas não reconheço que a transexualidade seja um transtorno. Há pouco, tivemos um caso bastante interessante: uma usuária transexual foi diagnosticada como portadora de transtorno bipolar. Independentemente deste diagnóstico, continuamos a atendê-la em seu quadro de sofrimento. Em seu último atendimento, a mãe a acompanhou. Quando a usuária nos perguntou a respeito da CT, sabe o que a mãe falou? Que se a filha fizer mesmo a cirurgia ela poderá chegar a um ponto de equilíbrio. Surpreendeu-me que essa mãe, uma lavadeira, uma pessoa bastante simples, seja capaz de oferecer uma reflexão com essa qualidade. Sabe por que ela foi capaz de apresentar esse raciocínio? Essa mãe não está “contaminada”, ela não detém um *a priori*, mas ela sabe muito mais do que muita gente. Sabe o que acontece? Quem está nesta situação da “verdade” está simplesmente repetindo o que um dia alguém produziu e disse que teria de ser assim. Contudo, admito: cumprir os termos da Portaria não significa deixar de discuti-la.

Dado o caráter irreversível das CT, a maior preocupação de profissionais da Psiquiatria, da Psicologia e também do cirurgião – o dono da “faca” – talvez seja quanto à precisão na confecção do diagnóstico e indicação para a sua realização. Para Hanada, “os médicos-cirurgiões querem que alguém lhes garanta que, da parte da transexual, não haverá arrependimento posterior”. Contudo, cabe ressaltar, esse cuidado deve se dar não apenas quanto à “certeza” irrefutável de um diagnóstico, mas também no tocante à legitimidade que cerca a sua elaboração.

Como visto no exemplo trazido pela experiência clínica de Busanello, a irreversibilidade pode igualmente caracterizar a situação de sofrimento da pessoa transexual que não tem reconhecida, pela autoridade médica, sua transexualidade. Nesse sentido, o texto da Resolução CFM n. 1955 não deixa dúvida: o paciente transexual apresenta “rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio”. Faz-se necessário, portanto, um esforço dos profissionais de saúde mental para os diferentes significados que pode ter o não reconhecimento da experiência transexual daquele sujeito. Sensibilidade e capacitação dos profissionais de saúde mental envolvidos no PrTr – através de um *approach* crítico às imposições diagnósticas do DSM – são cruciais para se afastar a sua maleficência.

Segundo Hanada, a imprecisão quanto ao conteúdo do atendimento psicoterápico de transexuais, da forma como é preconizado pelo PrTr, aponta para a falta de “critérios para que se determine aonde se quer chegar”, ou seja, “qual o estado de prontidão que se espera da pessoa trans” para que se dê o seu encaminhamento à CT. Na sua compreensão, existe um ponto de partida: é preciso reconhecer que, se para algumas pessoas, o período de 2 anos “é excessivo”, para outras “esse tempo é muito pouco”.

Para Martins, “o papel da psicoterapia [no PrTr] é um drama que precisa ser enfrentado”. Ao estabelecer como critério a realização de certo número de sessões, prossegue ele, o ASITT comete “uma heresia sob o ponto de vista psicoterápico, pois, no lugar de se permitir que os profissionais atuem como psicoterapeutas, ou seja, profissionais envolvidos, de fato, com o sofrimento e a demanda do sujeito”, o que se dá é a sua redução “à condição de burocratas epidemiológicos”. Como resultado, é estabelecida “uma relação de poder truculenta, que compele os sujeitos a uma psicoterapia que, a meu ver, é herética, é uma contrapsicoterapia, uma antipsicoterapia”. Em sua crítica, Martins sugere que “propostas terapêuticas” positivas são aquelas “que se propõem a quebrar os enquadres rígidos, na medida em que essa rigidez impede que a pessoa, de fato, traga suas questões psíquicas”. Em sua opinião,

“o cumprimento estrito de um protocolo, que nada mais é do que um ritual, gera no psicoterapeuta uma experiência de vazio, o que é muito ruim”.

Entretanto, Martins se mostra cauteloso quando relata sua experiência clínica:

O que temos observado, pelo menos naquelas pessoas às quais temos tido acesso – as quais são poucas, ressalto –, é uma grande confusão. Às vezes, recebemos alguns *e-mails*, onde são relatadas histórias de vida e, por fim, acabam nos perguntando: “doutor, eu sou assim, eu penso assim, às vezes eu tenho atração por um tipo assim... o que será que eu sou?” Considero mutilatório acreditar que uma equação apresentada desse jeito seja capaz de sustentar um diagnóstico para cirurgia.

Outro problema que, frequentemente, emerge durante as reuniões de equipe de saúde mental do ASITT para discussão de casos, e também nas entrevistas realizadas, diz respeito ao grande quantitativo de TT que cabe a cada profissional acompanhar. É razoável pensar que, dessa forma, pode acabar comprometida a qualidade de seu atendimento. A exemplo do que ocorre em outras diretrizes do cuidado na área da saúde mental, pontua Teixeira, também deveria ser estabelecida a proporção necessária de técnicos na equipe em relação ao número de usuários. Um dos principais pontos defendidos no curso do processo de revisão da P457 é que a composição da equipe deveria prever 1 psicólogo para cada 60 pacientes em acompanhamento. A esse respeito, Teixeira é contundente: “não dá para ter 5 psicólogos para 1500 usuários cadastrados. E fim de papo!”.

De acordo com Martins, alguns dos principais problemas em saúde mental enfrentados atualmente pelo ASITT decorrem de sua parceria com o HC-FMUSP. Embora esteja voltada para a realização de CT,

esta parceria é muito tensa; tensa porque não é uma parceria que discute casos. Esta tensão se dá a partir do embate entre uma psicologia medicalizada, uma psicologia cooptada pelo saber médico – o que, a meu ver, é ainda mais grave do que se fosse um embate entre a psiquiatria e os demais campos de saber porque, ao final, acaba sendo uma identidade de empréstimo, poluta de poder, poluta de poder institucional, poluta de poder de categoria. [A Psicologia] é uma categoria que está cooptada, que está submetida ao poder médico, pela cultura e pela ideologia médica e cirúrgica e que acaba tendo uma perspectiva de processos

de avaliação psicológica sem dimensionamento sociológico, o que considero gravíssimo, inclusive de tudo o que já foi preconizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) quanto aos instrumentos de avaliação psicológica serem utilizados com extremo cuidado, num contexto clínico mais amplo, e num dimensionamento sociológico muito claro. Às vezes, o próprio instrumento tende a se transformar na última palavra da avaliação, o que representa um grande problema. Este problema é uma questão extremamente difícil de ser enfrentada. Por isso, urge neste país – e eu acho que esse é um movimento que já começou – que o CFP construa diretrizes mais sóbrias sobre qual é o papel do psicólogo junto às populações transgênero. Isso para que não se tenha que pedir perdão a essa mesma população daqui a 20 anos pelas atrocidades cometidas, como, de algum modo, já tivemos que fazer em outros temas. As atrocidades acontecem porque ninguém tem a última palavra. Há inúmeras vertentes teóricas sobre uma série de questões, e é preciso que se opte por algumas dessas vertentes capazes de garantir uma prática científica balizada por questões rigorosamente éticas.

Algumas das reflexões oferecidas por Martins estendem-se ao papel que a própria Psiquiatria detém no âmbito do PrTr:

Considero um drama particular que aqui no ASITT se começou com uma psiquiatria que não sabia direito o seu lugar. Se você pegar o DSM-IV, o F-64, a questão da disforia e do transtorno de gênero, existe ali uma espécie de convite ao profissional de psiquiatria para que ele realize um diagnóstico “*hard*” de transexualidade; no entanto, este papel da Psiquiatria tampouco está muito claro, seja para os psiquiatras, seja para as próprias equipes interdisciplinares. Para algumas equipes, seria de bom tamanho que a Psiquiatria as ajudasse a compreender que aquela expressão de gênero não é um produto da psicose do sujeito, mas o produto de certa constituição e que tem solidez, ou seja, que o sujeito não é uma espécie de “aventureiro do gênero”. No entanto, o mesmo psiquiatra que se juntou a nós em um primeiro momento, se até então não sabia qual era o seu lugar dentro deste processo, mas acreditava que também era seu papel extrair comorbidades daquele quadro para fazer o diagnóstico diferencial – por meio da identificação de outras patologias psiquiátricas –,

hoje acredita que seu papel é trabalhar num diagnóstico “hard”, ou seja, ele procura saber quem é ou não transexual “de verdade”, trabalhando com categorias distintas, ou seja, o que é um transexual e o que é uma travesti, o que eu critico bastante. Isso significa sustentar uma falsa categoria científica, uma categoria socialmente criada. A Psiquiatria que, aqui no ASITT, num primeiro momento, se mostrou mais aberta parece também ter aprendido a lutar por seu espaço de identidade profissional, o qual implica uma espécie de papel de reitor para dizer, de maneira definitiva, quem é e quem não é transexual a partir de um crivo da exterioridade do sujeito, numa espécie de observação direta. Acredito que isso deva ser revisto. Essa é uma crítica ao Protocolo e aos sistemas de trabalho aos quais estamos submetidos e é, acima de tudo, uma crítica à falta de crítica das determinações.

Para Teixeira, essa espécie de embate entre a Psiquiatria e a Psicologia por espaço dentro do PrTr está assim caracterizado:

Penso que a Psicologia pode estar muito perdida neste contexto. A Psiquiatria não está perdida porque sua posição, dada pelo diagnóstico, a tornou arrogante demais. A Psicologia parece em crise quando não pactua com a Psiquiatria, mas, em meio ao PrTr, tampouco conseguiu negociar um lugar para si. No PrTr, a Psicologia se viu acuada entre a inexistência da demanda por parte do sujeito e a imposição da Portaria. Isso acabou por colocá-la em uma espécie de vácuo. É claro que a Psicologia também se vale desse lugar de poder, ela tem dificuldade de abrir mão dele. Mas, confesso, tenho muito medo das portas únicas. Não acredito que a psicoterapia deva ser a única porta. A Psicologia não pode ter todo esse poder. Nem a Psicologia nem a Psiquiatria. Para mim, o mais importante é se estabelecer como se acolherá a demanda dessas pessoas que se dirigem aos nossos serviços: algo do tipo “qual a sua demanda, o que te trouxe, qual a sua expectativa, quais são os seus sonhos”.

A discussão em boa parte do mundo acadêmico e dos movimentos sociais quanto à despatologização das identidades trans também contribui para o questionamento da centralidade que tem a saúde mental – através, sobretudo, da intervenção da Psiquiatria e da Psicologia – no âmbito do PrTr. No ASITT, essa questão permeia a crítica de alguns de seus profissionais. É o caso,

por exemplo, de Hanada. Em sua opinião, no ASITT, a despatologização é uma questão que “deveria ser melhor aprofundada. Não basta se dizer que o transtorno de identidade sexual deve ser retirado do CID sem lê-lo para melhor compreendê-lo, não é mesmo? Remover o transtorno da identidade sexual do CID, em si, não significa muita coisa”.

No ASITT, a despatologização, sob diferentes formas e discursos – muitas vezes, até contraditórios entre si –, perpassa algumas de suas ações. Para Martins, a questão da despatologização é complexa e não se sustenta exclusivamente no discurso da autonomia. Diz ele:

[Em relação à despatologização] resisto a fechar uma posição, seja com a militância, seja com a ciência hegemônica. Embora ambas vertentes produzam esclarecimentos, a meu ver, elas também produzem alienação. Preocupa-me que a militância advogue a completa abolição de um processo avaliador, e busque se valer do PrTr para o exclusivo reconhecimento do sujeito de direitos que têm como meta a CT. A minha experiência clínica me autoriza a afirmar que, para certas pessoas – embora seja em número minoritário –, se prevalecesse a perspectiva exclusiva do sujeito de direito que deve ter acesso incondicional à CT, isso seria uma enorme irresponsabilidade, na medida em que se faria uma espécie de conluio com certos sintomas. Se essa fosse a regra, ou seja, se existisse a compreensão de que basta querer fazer a cirurgia para que se dê a submissão do sujeito – “quer a cirurgia? Primeira porta à direita” – se estariam produzindo criaturas mutiladas, e pior, com recursos públicos. Dito de outra forma, se estaria reforçando em algumas pessoas a confusão entre orientação sexual e identidade de gênero. É importante ressaltar que esta confusão não se dá apenas no plano intelectual, mas, também, no plano da experiência subjetiva. Lamentavelmente, há pessoas que foram levadas a acreditar que, para esboçar sua orientação sexual, elas teriam que transmutar o gênero. Para algumas pessoas, isso é muito perigoso e pode demandar um tempo para amadurecer. É importante que a militância se sensibilize para essa questão de que a cirurgia, mais do que um benefício, possa resultar numa experiência mutiladora.

Nesse ponto específico, a posição de Teixeira é exatamente contrária: “não entendo que seja papel do psicólogo, por exemplo, procurar esclarecer esta diferença entre identidade de gênero e orientação sexual”.

Em sua crítica às atuais diretrizes que orientam o acolhimento de TT no PrTr, Teixeira chama a atenção para a incipiente produção nacional de pesquisa científica e clínica, como forma de legitimar os fundamentos da Psiquiatria e da Psicologia. Diz a pesquisadora:

Se algumas áreas que atuam no PrTr produziram conhecimento, o que a Psiquiatria produziu nos últimos tempos? E a Psicologia? Quais os Protocolos e evidências científicas sobre a eficácia de suas intervenções nesse campo? Profissionais que provocam intervenções físicas irreversíveis têm produzido evidências sobre as cirurgias, HTP, acompanhamento longitudinal das neovaginas, mas os que atuam no plano psíquico, em consonância com a perspectiva da autorização e diagnóstico, pouco têm publicado de evidência sobre a eficácia de suas ações. Por que isso? Será porque os campos psi se consideram acima de qualquer julgamento e por isso acreditam não ser necessário produzir algo? Será que seus profissionais consideram que o seu atuar não tem nenhuma importância, ou seja, não resulta em qualquer incidência sobre o sujeito? Será que eles pensam que a Psicologia e a Psiquiatria não são capazes de fazer algum mal? Será que pensam que se a Psiquiatria não faz bem, tampouco faz mal? O mesmo raciocínio se aplicaria à Psicologia? Há pessoas que consideram que elas não fazem mal porque aplicam à “ciência”. É fundamental pararmos para rever tudo isso. Tenho questionado aos integrantes da área de saúde mental quais são as evidências que sustentam suas posições, o porquê disso e daquilo, de onde vêm suas exigências, mas as explicações esbarram nas limitações de sempre: quase uma verdade naturalizada do risco de suicídio, da irreversibilidade da cirurgia, e da potência do diagnóstico para encontrar um “verdadeiro” transexual, muitas vezes sem ancoragem empírica.

Ao que parece, toda essa discussão não apenas é urgente, como, também, aponta para as “verdades instáveis da Medicina” de que fala Heloísa Helena Barboza, para a “imprecisão” quanto à própria psicoterapia a que Martins se refere, para a “falta de objetivo” tratada por Hanada, bem como para a instabilidade e precariedade diagnóstica a que se pode aludir quando compreendemos as limitações contidas no Manual Estatístico e Diagnóstico (DSM). Precisamente em relação ao conteúdo do PrTr, Teixeira oferece questionamentos bastante significativos:

A grande falácia do PrTr é que, se ele tem início com o diagnóstico de transexualismo, ao longo dos próximos 2 anos ele continua a se sustentar neste mesmo diagnóstico. Se o ingresso da pessoa no PrTr está condicionado ao diagnóstico prévio de transexualismo, por que se pretende a confirmação desse mesmo diagnóstico ao longo dos próximos 2 anos? Por que um profissional se dispõe a seguir isso? Parece-me que não se pode obrigar a pessoa transexual a se fixar no PrTr por um prazo de 2 anos. Isso me parece um mantra, uma invenção. Nesse sentido, não existe qualquer evidência clínica que sustente esse prazo. Quando perguntamos a justificativa para o prazo de 2 anos, as pessoas murmuram, resmungam, se calam, não conseguem responder, nem justificar esse período. Só porque a Associação Harry Benjamin, uma vez, fixou em 2 anos o prazo do chamado teste de vida real – não o período de “tratamento” –, isso não significa que não se possa contestar e questionar essa referência. Aqui no Brasil, o que a Resolução do CFM faz quanto à fixação do prazo de 2 anos resulta de uma interpretação equivocada do que disse Harry Benjamin, mas isso acabou resultando em uma norma reproduzida, inclusive, no texto do PrTr.

### **Observações quanto a alguns aspectos éticos do serviço**

Judit Busanello é objetiva quando diz que “é muito precário o atendimento a TT em todas as regiões do país, seja nos grandes centros ou em municípios com menor população”. Em sua análise, a abertura do ASITT em 2009 “representou o resgate desses segmentos, os quais se encontravam absolutamente alijadas do sistema público de saúde: muitas pessoas, por exemplo, estavam dentro de suas casas, morrendo de aids”. Para Busanello, é extremamente gratificante quando uma travesti ou transexual diz: “nossa, pela primeira vez eu estou sendo ouvida! É um alívio poder falar. Vocês não têm ideia de como a minha vida era solitária até encontrar vocês”.

Teixeira, ao se referir aos seus primeiros trabalhos de campo com a população de TT na cidade de Uberlândia, lembra o momento em que concluiu pela urgência em implantar o ambulatório de saúde das travestis:

Um dia, conversando com uma travesti, vi que seus olhos estavam todos inchados. Ela me disse que outra travesti havia colocado água oxigenada em seu delineador. Com

muita tristeza, ela se virou para mim e disse: “Flávia, travesti não só tem aids, não. Por conta desse problema, fui à unidade de saúde e ninguém me atendeu”. Foi então que compreendi que isso não era mais possível: tínhamos que abrir o ambulatório, um serviço que deveria funcionar como uma porta de entrada. Em setembro de 2007, mesmo sem saber o que fazer especificamente na área da atenção à saúde de travestis, abrimos o ambulatório. A meu ver, o principal era que sabíamos o que não deveria ser feito em termos de acolhimento em um serviço de saúde e o que deveria ser feito na atenção primária.

A percepção de TT quanto ao diferencial na proposta do ASITT se deve, segundo Busanello,

à falta de acolhimento e à não utilização do nome social em outros serviços, ao empurra-empurra das unidades básicas de saúde, mesmo para questões que são de seu papel como, por exemplo, desconfortos gerais, dor de cabeça, gripe, pneumonia, diarreia, unha encravada, HIV/aids, sífilis... Todos esses casos poderiam ser facilmente tratados na atenção básica, mas acabam sendo encaminhados para cá pelo simples fato de sermos um ambulatório voltado para a atenção à saúde de TT. Isso é inaceitável. O tratamento clínico de todos esses casos é o mesmo, seja para TT, heterossexuais, bissexuais, gays, lésbicas, e pode se dar em qualquer unidade da atenção básica. Muitas vezes, esse encaminhamento desnecessário é prejudicial para o usuário.

Nesse sentido, Teixeira é enfática: “é lamentável que, para algumas pessoas, o que interessa é se liberar o próprio serviço daquele ônus e fazer o encaminhamento [de TT], não importando para onde, nem mesmo se este tipo de encaminhamento é adequado”.

Se, como afirma Busanello, esse “empurra-empurra” de TT aponta para a indiferença de outros serviços quanto ao seu acolhimento, a diretora do ASITT se diz ainda mais surpresa com o encaminhamento para tratamento de HIV/aids, “inclusive de casos que já são acompanhados em outros serviços”. Para Busanello,

a solicitação de transferência para o ASITT é feita pelas próprias pessoas vivendo com HIV, e a principal justificativa é que somos especializados em atender TT, como se a clínica da aids não fosse igual em todas as pessoas. É bem

possível que isso se deva à nossa insistência em observar o respeito à identidade de gênero de cada pessoa.

Ante o lastimável desamparo legal de TT para que se reconheça seu direito à troca de prenome e de sexo no Registro Civil, o respeito ao uso do “nome social” no espaço público constitui, como bem sugere Berenice Bento, uma espécie de “gambiarra” possível. Embora o uso do “nome social” na Saúde esteja previsto desde o lançamento da carta de direitos dos usuários do SUS em 2006, o seu não acatamento por inúmeros serviços e profissionais continua a suscitar grave sofrimento para TT. Para Busanello, “esta é uma questão pacífica dentro do ASITT”. Dessa maneira, Teixeira informa que, no ambulatório de Uberlândia, o seu uso teve início em 2007: “fomos o primeiro hospital universitário no Brasil a fazê-lo; tivemos que mudar o prontuário. O uso do 'nome social' fez toda uma diferença para a aceitação das travestis. Mais do que se consultar, elas passaram a ir ao ambulatório para fazer o cartão de usuária”.

A partir da adoção da política do uso do “nome social” pelo ambulatório de Uberlândia, o reconhecimento institucional da cidadania de TT foi ampliado. Segundo Teixeira, as repercussões positivas daí advindas são inegáveis:

Quando TT estavam na pista e, sem portar qualquer documento de identidade, eram abordadas pela polícia, elas exibiam, todas orgulhosas, aquele cartão. Um dia, o comandante da Polícia Militar nos procurou para relatar o que estava acontecendo. Perguntado sobre qual a sua orientação, ele nos disse que era sua obrigação respeitar aquele procedimento e que todos os policiais de plantão seriam orientados a fazer o mesmo.

Algumas das questões que mais desconforto trazem para PS, usuários e usuárias do ASITT, são aquelas diretamente relacionadas à sua parceria com o HC-FMUSP. A primeira questão diz respeito ao lugar ocupado na fila por cada um de seus e suas usuárias que para lá são encaminhados para a realização dos diferentes procedimentos cirúrgicos pactuados; a segunda decorre da tentativa do HC-FMUSP de preservar uma suposta hegemonia, a qual resulta, sobretudo, da relação interinstitucional assimétrica, que é reforçada por um embate entre os campos de saber envolvidos, a saber, a Psiquiatria e a Psicologia. Cabe ressaltar que, aqui, individualizar esses dois campos não significa a sua incomunicabilidade. Muito pelo contrário. A necessidade de se observar o atendimento aos princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça sustenta minhas observações.

Nas diferentes sessões de psicoterapia individual e de grupo de que participei, frequentemente, as usuárias deixam escapar sua ansiedade não apenas quanto à confecção do laudo para o encaminhamento à CT, mas, sobretudo, à sua “incerteza” quanto à efetiva realização desse procedimento. Em sua tentativa de explicar o que acontece, Busanello diz: “o problema é que existem atualmente quatro diferentes portas de encaminhamento para a cirurgia no HC-FMUSP”.

Segundo Busanello, eventuais contratempos ainda existentes se devem a determinados posicionamentos por parte do HC-FMUSP quanto à natureza dos encaminhamentos feitos pelo ASITT:

Em linhas gerais, a coisa funciona assim: uma vez por mês, reunimo-nos no HC-FMUSP e levamos os casos que já preencheram as condições estabelecidas na Portaria do MS. Juntamos o relatório psicológico, o laudo psiquiátrico, um relatório endocrinológico e, quando for o caso de HIV, o laudo de um infectologista. As pacientes encaminhadas são reavaliadas pela equipe do HC, numa espécie de “reconhecimento” da paciente. Sob este aspecto da reavaliação pelos profissionais do HC-FMUSP, e contrariamente ao que dizem alguns críticos, me sinto muito tranquila: é essencial que equipe e paciente se conheçam. Se, neste primeiro momento do encaminhamento, a paciente ainda não participa, é nossa ideia que, muito em breve, ela esteja presente às discussões técnicas do seu caso. Essa proposta já está aprovada pelas equipes do ASITT e do HC-FMUSP.

Ao que parece, essa espécie de descompasso entre os encaminhamentos por parte do ASITT e a efetiva realização, pelo HC-FMUSP, dos procedimentos cirúrgicos pactuados aponta para a hegemonia da Psiquiatria dentro da instituição executora. É dela a última palavra. Não obstante os encaminhamentos, a rediscussão de casos e o reexame de pacientes são naturalizados como partes da *praxis* do HC-FMUSP. À primeira vista, se o que se busca com isso é, de fato, confirmar o diagnóstico de “transtorno da identidade sexual”, a sua prática sugere não apenas a hegemonia do HC-FMUSP, como, também, parece colocar em xeque a própria legitimidade e relevância do trabalho desenvolvido por toda a equipe do ASITT. Se as evidências apontam para a “hora da faca” como o momento supremo de todo o PrTr, é inequívoca a hegemonia do HC-FMUSP, e o ASITT parece se curvar a essa evidência.

Para Busanello, a hegemonia do HC-FMUSP não se deve apenas à sua alegada “*expertise*”, mas ao fato de que

ainda existe entre nós, profissionais e transexuais, uma cultura de que a cirurgia é o *plus* do tratamento. Mas, é certo que não é. Depois de quase três anos acompanhando meu grupo de terapia, verifico que a submissão de algumas à CT como “tábua de salvação” está sendo reavaliada por elas próprias.

Para Gianna, minha “percepção é correta” quanto à crença na hegemonia do HC-FMUSP. Para a diretora-geral do CRT-DST/Aids, a própria “experiência e excelência” acumuladas pelo HC-FMUSP “em todos esses anos” serviriam para justificá-la: “falta ao ASITT acumular experiência para poder sentar e falar, de igual para igual, com um parceiro de peso, como é o caso do HC-FMUSP. Não há dúvida de que chegaremos lá, mas ainda nos falta chão”, resume Gianna.

Se, como sugere Gianna, é, de fato, hegemônica a posição do HC-FMUSP, sua alegada experiência é alvo do questionamento de Teixeira, na medida em que “são muito poucos os procedimentos que já foram ali realizados”. Nesse sentido, Busanello corrobora o que diz Teixeira: “entre fevereiro e setembro de 2012, dos nove encaminhamentos que fizemos, apenas uma CT foi realizada pelo HC-FMUSP. É preciso saber em que lugar na fila de espera [as transexuais] estão. Para janeiro de 2013, é certo que mais uma CT está agendada”. Informa Busanello que o contrato entre o ASITT e o HC-FMUSP implica, dentre outras coisas, o repasse de verbas “para o custeio de doze CT por ano, sejam ou não encaminhadas pelo ASITT”.

No tocante específico à necessária transparência do lugar na fila das pessoas encaminhadas pelo ASITT, Gianna não deixa qualquer dúvida: “apenas encaminhar para o HC-FMUSP não é suficiente”. Nesse sentido, Martins complementa:

É imperioso que os hospitais-escola e, também, os hospitais conveniados ao SUS sejam absolutamente transparentes quanto aos critérios que estabelecem o lugar das pessoas na fila para realização das CT, a exemplo do que ocorre em relação ao sistema nacional de transplantes. Em não ocorrendo esta transparência, não apenas cabe às controladorias este papel mas, sobretudo, é dever da sociedade civil organizada exigir o cumprimento deste princípio basilar da administração pública.

Surpreende que, não obstante a P457, em seu Anexo III, item 3 (“Fluxos de encaminhamento”), determinar que

os Formulários para Avaliação Especializada de Candidatos à Readequação Cirúrgica Genital, avaliados na unidade de atenção especializada no PrTr, com decisão para a readequação cirúrgica genital, *devem ser mantidos neste serviço, constituindo a respectiva lista de espera por cirurgia, e cópias deles devem ser enviadas para o setor da Secretaria Estadual de Saúde responsável pela atualização e controle dessa lista e dos usuários oriundos de outros estados federativos* (grifo nosso).

e, também, que “as secretarias estaduais de saúde devem regular esses encaminhamentos e manter sob regulação a lista de espera por readequação cirúrgica genital nos hospitais credenciados/habilitados”, o seu cumprimento, salvo melhor juízo, não tem sido observado, acarretando angústia e sofrimento para transexuais.

Márcia Arán, por ocasião do evento *Transexualidade e Saúde, Condições de Acesso e Cuidado Integral*, ocorrido em março de 2010 na cidade de São Paulo, apresentou um importante levantamento dos serviços públicos de saúde que, no Brasil, realizavam CT e, também, do número de cirurgias que, consideradas necessárias, eram feitas naqueles mesmos serviços. No HC-FMUSP, as CT tiveram início em 1998. Curiosamente, sua alegada “experiência” significou a realização, entre 1998 e 2009, de não mais que 24 CT (18 em mulheres transexuais e 6 em homens transexuais). Também segundo Arán, 80% desses procedimentos necessitaram de cirurgias. Nesse aspecto, como bem sugere Teixeira, investigar os motivos que indicam a necessidade de cirurgias poderá contribuir significativamente para melhor esclarecer e demandar o incremento na qualidade técnica e estética dos procedimentos realizados no âmbito do PrTr. O Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, é o serviço em que, no período entre 1997 e 2009, mais CT foram realizadas: 106 no total (90 em mulheres transexuais e 16 em homens transexuais). De acordo com Arán, suas cirurgias chegam a 15% do total.

Justificadamente, a qualidade técnica e estética de alguns procedimentos típicos do PrTr tem sido objeto da preocupação de gestores e PS. É o caso, por exemplo, das cirurgias de mastectomia em homens trans. Se, em

momento anterior à edição pelo CFM da R1955, a maior parte desses procedimentos se caracterizava pela clandestinidade e, diante de eventuais resultados insatisfatórios, seu protesto era inútil, a partir de então, é um direito de todo usuário exigir o mais alto padrão técnico e estético quanto aos resultados. Contudo, como bem aponta Teixeira, ainda assim, a realidade não é satisfatória:

Se esses procedimentos estão autorizados pelo CFM e contemplados no âmbito do PrTr, é inadmissível que, em termos estéticos, os resultados não sejam bem melhores. É urgente que se requeira empenho da plástica para a qualidade estética dos resultados de mastectomia. As cicatrizes devem ser o menos aparente possível. Não dá para ser diferente, ou parecerá que a pessoa sofreu um grave acidente. A preocupação dos profissionais envolvidos quanto aos resultados de um dado procedimento cirúrgico também deve se estender à questão estética.

Em relação à qualidade técnica nas CT, por exemplo, Teixeira nos traz uma situação que aponta para o profundo sofrimento de algumas usuárias. Em uma neocolpovulvoplastia feita no estrangeiro, o cirurgião fez questão de não remover um dos testículos, alegando que, agindo assim, preservaria em sua paciente a capacidade de “prazer”. A paciente, uma brasileira, foi por ele convencida de que essa era uma boa decisão. “Uma decisão dessas não encontra qualquer justificativa”, diz Flávia. De volta ao Brasil, a paciente em questão recorreu ao SUS para ter solucionado o seu problema. Embora se possa alegar que tal procedimento foi realizado fora do país, coube à estrutura disponibilizada pelo PrTr a sua possível solução.

Em diferentes eventos na área da travestilidade e transexualidade de que participo no país, não são poucos os relatos de transexuais que afirmam que, mesmo depois da realização de suas CT – seja no âmbito público, seja no privado –, necessitam de cirurgias. Nesse sentido, a matéria “Como mudar de sexo”, na edição do mês de abril de 2010 da revista *Piauí*, chama nossa atenção para a assimetria de poder que se verifica entre os principais atores do PrTr:

Muitas das cirurgias [realizadas no Hospital Universitário Pedro Ernesto] são reparos de operações malfeitas [em outros serviços]. É o que deve ocorrer com Jane, uma mulher de 58 anos, magra, baixa e de aparência frágil que passou por uma cirurgia de troca de sexo no ano passado [em um dado hospital público]. Como não teve auxílio para tomar banho e ir ao banheiro, ela acabou perdendo o molde

que mantém a forma do canal vaginal aberto até a cicatrização. A pele teve uma aderência e o canal fechou completamente. Jane tem uma genitália como a de uma boneca, não tem mais pênis ou vagina. Consegue urinar porque o orifício da uretra foi preservado. “Ficou feio, sem forma, não posso mostrar para ninguém”, disse ela quando tentava marcar [naquele serviço] uma cirurgia reparadora.

A fracassada CT em Jane foi realizada no mês de setembro de 2009, em um hospital público na cidade do Rio de Janeiro. Surpreendentemente, seu laudo médico, mesmo depois de constatada a extensão do problema, informa que “a cirurgia evoluiu sem intercorrências e contribuiu para melhor adaptar o paciente à sua realidade social”. Embora o seu encaminhamento ao Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) tenha se dado logo depois da realização da cirurgia em outro serviço, passados quase quatro anos, as inúmeras consultas e exames a que ali foi submetida tampouco significaram para Jane o agendamento de sua recirurgia. Perguntada sobre o que lhe dizem os médicos do HUPE a esse respeito, Jane responde “nada” e complementa: se, de fato, lhe foi reservado um lugar naquela fila, seu “desconhecimento é total”. É inadmissível que essa usuária, não obstante seu inaceitável resultado cirúrgico e incomensurável sofrimento físico e psíquico, não tenha prioridade no encaminhamento para ver resolvido seu gravíssimo problema.

O sofrimento de Jane não está, contudo, limitado à necessidade da recirurgia genital. Há mais de sete anos, devido a um problema que a obrigou a ter extirpada uma de suas mamas, Jane demanda também a colocação de uma prótese mamária de silicone. Ao que parece, seu duplo clamor não tem servido para sensibilizar PS nos serviços em que é usuária. Jane se tornou peregrina inglória dos serviços públicos de plástica reconstrutora no Rio de Janeiro. Por último, chama a atenção o fato de que, no laudo emitido pelo serviço em que fez a sua neocolpovulvoplastia, datado de 2010, a paciente ainda seja chamada por seu nome masculino.

O esclarecimento dos e das usuárias quanto aos diferentes aspectos que envolvem o PrTr – sobretudo aqueles que acarretam na modificação corporal, irreversíveis ou não, como é o caso da HTP e da CT – deve permear a atuação dos profissionais envolvidos. Precisamente quanto às cirurgias que TT demandam no PrTr, Teixeira diz que não se pode deixar qualquer dúvida pendente: “todo o processo não é fácil. Por isso, quando vamos discutir com as usuárias e os usuários sobre as cirurgias que eles pretendem fazer, é essencial que também abordemos a questão do pós-cirúrgico”. Não obstante todo o empenho dos

profissionais em alertar usuários e usuárias para eventuais intercorrências, riscos e sofrimento que podem resultar de tais procedimentos, todo esforço da equipe pode se mostrar infrutífero. Sobre esse aspecto, Teixeira aponta:

Sei que sempre haverá um/a usuário/a insatisfeito, pois nem sempre conseguimos atender às expectativas criadas, mas quero ter a certeza absoluta de que os procedimentos realizados aqui atenderão aos melhores padrões internacionais quanto aos resultados, inclusive estéticos. Respeito muito essas pessoas. Acho que a dor que elas trazem consigo ao longo de toda a sua vida não precisa ser ainda mais agravada pela minha ação maleficente, ou não benéfica. É por isso que nosso serviço só pode funcionar a todo vapor quando tivermos as condições mínimas para oferecer qualidade. A quantidade de atendimentos tem que estar diretamente relacionada à qualidade desses mesmos atendimentos. Não pode ser diferente.

No caso de Jane, embora sua CT tenha se dado em um hospital universitário público, quando perguntada sobre o porquê de sua postura pouco reivindicativa em outros serviços depois do fracasso daquele primeiro procedimento, ela responde:

Já vi que médico não gosta que a gente fale mal de outro médico. Tenho muito medo que eles impliquem comigo se eu reclamar do que me fizeram e também se eu reclamar da demora deles para marcar minha recirurgia. Prefiro aguardar a boa vontade deles. O problema todo é que estou velha, não dá para esperar muito tempo, né?

Embora se procure assegurar a mais alta qualidade no PrTr, Teixeira oferece interessante crítica:

É impressionante que, no Brasil, se considere que determinados serviços, independentemente dos resultados finais alcançados e das práticas ali desenvolvidas, estejam acima de qualquer crítica. É como se a sua *griffe* falasse mais alto que qualquer evidência ou inconsistência que sugerisse o contrário. Por outro lado, quando se fala nos serviços oferecidos por essa ou aquela instituição que não usufrui do mesmo prestígio, algumas pessoas torcem o nariz.

Se a preocupação quanto ao asseguramento de bons resultados técnicos e estéticos de procedimentos típicos do PrTr é frequente entre usuários e usuárias que recorrem ao sistema público de saúde, é “a incerteza quanto ao lugar na fila para realização das CT [que] acaba, muitas vezes, contribuindo para levar ao setor privado uma usuária do PrTr no SUS” que dispõe de recursos econômicos, conclui Teixeira. Contudo, se como bem apontam algumas dessas usuárias, “a coisa no particular é simples: pagou, operou”, a preocupação quanto a se assegurar qualidade técnica e estética para os procedimentos ali realizados tampouco deve ser afastada.

Nas duas visitas que fiz ao ASITT, pude observar que a bioética – como caixa de ferramentas que possibilita o enfrentamento dos mais diversos processos biotecnocientíficos irreversíveis a que são submetidas as populações humanas – não representa, para seus profissionais de saúde, um campo capaz de suscitar maiores análises. Não obstante acreditarem que sua atuação está fundamentada no emprego da boa técnica, e que essa mesma técnica está orientada pela ética e responsabilidade, o recurso à bioética para a avaliação do processo de tomada de decisões a que estão submetidos cotidianamente possibilitaria aos profissionais e gestores envolvidos no PrTr verificar se, em face da extrema vulnerabilidade de TT, determinados princípios da bioética – como a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça – efetivamente permeiam e norteiam o seu fazer.

Um bom exemplo da relativa compreensão que têm gestores e PS sobre determinadas questões éticas inseridas na prática clínica do ASITT se refere ao uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Embora entre eles seja consenso o reconhecimento de sua importância, até o momento de minha segunda visita – passados mais de três anos da implantação do serviço –, o TCLE nem mesmo havia sido elaborado. Em se tratando de populações extremamente vulneráveis – como é o caso de TT –, cabe ressaltar que, indubitavelmente, a sua adoção atende à política de humanização preconizada pelo SUS para a relação entre o PS e o usuário, ou seja, o TCLE representa a expressão de sua autonomia, afastando por completo o modelo de uma ética paternalista ainda valorizada por alguns profissionais.

É fato que a elaboração do TCLE com vistas à sua aplicação em um determinado serviço não deve visar à simples coleta de assinatura dos usuários como forma de se eximirem as demais partes das intercorrências a que toda proposta terapêutica está sujeita. “O TCLE faz parte de um processo educativo; não se pode resumi-lo a um momento apenas”, sugere a enfermeira e bioeticista Márcia Oliveira. Em sua opinião, a tentativa do OS de se valer do

momento da consulta para extrair a assinatura do usuário naquele documento representa, na verdade, um “severo prejuízo” para este. Afinal, as questões que, efetivamente, merecem serem abordadas não surgirão com a mesma naturalidade que, por exemplo, ao longo de um processo educativo específico, como é o caso de palestras, cursos, dinâmicas em sala de espera e grupos de orientação.

Para que, de fato, a decisão do sujeito usuário signifique a manifestação inequívoca da sua autonomia, “é necessária a superação da assimetria de poder na sua relação com o profissional de saúde, o qual detém o saber”, sugere Oliveira. Isso é ainda mais evidente quando se reconhece que “o usuário é refém não apenas de sua impotência e constrangimento diante do saber médico, mas, muitas vezes, de sua própria ignorância quanto aos aspectos técnicos que informam a linguagem médica naquele momento específico”, complementa a enfermeira e bioeticista. Mais até do que em relação aos aspectos legais, a preocupação do PS em sua prática clínica deve se dar quanto aos aspectos éticos.

É igualmente desejoso que se estimule a participação de TT como representantes dos usuários nos comitês de ética em pesquisa (CEP) dos serviços, bem como em quaisquer outras de suas instâncias em que os interesses desses segmentos sejam apreciados, de modo a se conferir maior legitimidade às suas ações. Considerações quanto ao eventual desconhecimento, por parte dessas usuárias, do funcionamento das instâncias deliberativas – ou, mesmo, a alegada falta de preparo técnico para o exercício do cargo – merecem de seus gestores o necessário empenho, com vistas à sua superação e implementação. Assim, cabe a sugestão de se buscar parceria com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), dado que não são poucos os seus esforços em promover a necessária capacitação dos membros das diferentes instâncias que fazem parte daquele sistema.

Por último, cabe destacar a interessante, porém preocupante, observação de Teixeira quanto às repercussões resultantes do contínuo processo de revisão, por parte do CFM, das diretrizes que normatizam a atuação médica no PrTr: “o que, atualmente, me dá medo e preocupa bastante é que, a cada edição de uma Resolução pelo CFM, qualquer um acha que pode sair operando”. O desafio não é apenas a garantia de acesso a um maior número de serviços, conforme parece a lógica adotada pelo Estado no processo de revisão da Portaria. O desafio maior é a constituição e consolidação de serviços que recebam e reconheçam as pessoas trans como sujeitos de direito, inclusive quanto a partilhar das decisões sobre o seu PrTr.

## Observações finais

Através da crítica de PS e gestores das duas principais unidades de atenção especializada no PrTr em nosso país (São Paulo e Uberlândia), este relatório procura oferecer algumas perspectivas para análise do PrTr, tal como este se encontra hoje instituído no SUS.

Inicialmente, procurei demonstrar que o reconhecimento da existência de especificidades e singularidades típicas na clínica TT parece colocar em xeque a centralidade que tem a mera associação entre técnica e tecnologia, em especial, quando desprovida de uma abordagem acolhedora e humanizada; em seguida, trouxe o questionamento de determinados cânones dos saberes das ciências *psi* ante a falta de evidências científicas que sustentem a sua manutenção, sobretudo porque implicam sofrimento evitável de populações extremamente vulneráveis e historicamente marginalizadas. A ênfase na (bio)ética perpassa todo meu processo de análise.

Meu principal objetivo para redação e publicação deste relatório é contribuir para o debate interdisciplinar e o aprimoramento da proposta da atenção à saúde integral de TT no SUS. Através da apresentação de algumas análises e reflexões críticas, por parte de gestores e PS, quanto à centralidade que tem a saúde mental no PrTr; da crítica à prescrição da HTP para TT e adolescentes; e da observação quanto a determinadas questões éticas que perpassam todo o PrTr, espero suscitar o interesse quanto à urgência na realização de pesquisas que produzam evidências científicas que amparem ou afastem determinadas justificativas que dão suporte a muitas normas e fazeres.

Apesar de se constatar que, de fato, existem assimetrias entre os detentores do saber/poder envolvidos na formulação e execução dos procedimentos típicos do PrTr, é prudente que esses mesmos atores reconheçam que o estabelecimento do diálogo é condição *sine qua non* para o seu enfrentamento. Da mesma forma, o controle social deve ser amplamente estimulado e perseguido pelo próprio movimento social.

Não apenas devem ser respeitados os direitos de usuários/as do PrTr em todas as dimensões preconizadas nos diferentes instrumentos que propugnam a perspectiva de sua saúde integral, mas, igualmente, o bem-estar e a atuação profissional, nos limites éticos, de gestores e PS que integrem seus serviços. A contínua capacitação em recursos humanos bem como a valorização profissional nas diferentes instâncias que compõem o campo da clínica TT devem ser prioridades, se o que se busca é, de fato, o aprimoramento dos serviços e a inequívoca qualidade no acolhimento de segmentos até então marginalizados.

Como desdobramento das pesquisas aqui avançadas, proponho também se pensar que a aprovação pelo Congresso Nacional de uma lei de identidade de gênero que autorize a “qualquer pessoa que se encontra em desacordo psíquico com seu sexo biológico e o sentimento de pertencimento ao sexo oposto ao do nascimento” a troca de prenome e de sexo no Registro Civil, através de procedimento administrativo – a exemplo do que fez a República Argentina em 2012 –, acabe por melhor dimensionar a natureza, extensão e qualidade da demanda de TT, na medida em que significativa parcela de seu sofrimento se deve à invisibilidade institucional para a sua identidade de gênero e consequentes repercussões sociais. O reconhecimento de sua humanidade é tudo o que desejam TT.

Dito de outra forma, o asseguramento do acesso aos meios legais para a retificação do prenome e sexo de TT no Registro Civil, não condicionado à realização de quaisquer procedimentos médico-cirúrgicos ou à confecção de um laudo psiquiátrico e compulsoriedade na atenção psicoterápica, implicará que se evitem mutilação e sofrimento desnecessários a todas as pessoas que, de maneira genuína, não os desejem. Nesse sentido, tem razão a modelo transexual Léa T quando diz que ter uma vagina não significa a certeza da felicidade, pois, do contrário, “todas as mulheres seriam felizes”. Como bem aponta Bento (2006), o desejo inequívoco quanto à CT não corresponde à realidade de toda pessoa transexual.

A realização deste trabalho somente foi possível graças à ajuda financeira do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Agradeço pela enorme generosidade de todas as pessoas que dividiram comigo as angústias de sua experiência clínica, sobretudo os profissionais, servidores e gestores do ASITT, todos extremamente gentis e atenciosos na minha recepção e, também, a Flávia do Bonsucesso Teixeira, que tão bem se esforça em conciliar a gestão, a pesquisa e a docência em sua experiência em Uberlândia. Não é menor a minha gratidão a Heloísa Helena Barboza, Gladson Bernardes Vieira e Carlos Porcino, que, de forma especial, souberam me ouvir ao longo do solitário processo rumo à compreensão e organização das robustas ideias aqui reunidas. Por fim, dedico este trabalho a todas as TT que, sob as mais diferentes formas, oferecem-me para análise o que elas têm de mais precioso: sua intimidade e sensibilidade.

---

<sup>7</sup> Portaria CRT- a – 1, de 27-1-2010 (ASITT, Protocolo Clínico Saúde Integral para Travestis, artigo 1º - acolhimento).

## Referências

ARÁN, Márcia. “Transexualidade e Saúde: condições de acesso e cuidado integral”. Seminário “Transexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde”. Ciclo de Debates “Democracia, Estado Laico e Direitos Humanos”. Centro Universitário Maria Antonia, São Paulo, 2010.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. Relatório Preliminar dos serviços que prestam assistência a transexuais na rede de saúde pública no Brasil. Projeto de pesquisa. Transexualidade e Saúde: condições de acesso e cuidado integral. (IMS – UERJ / MCT / CNPq / MS / SCTIE / DECIT), 2008.

BARBOZA, Heloísa Helena. Informação verbal (Orientação de tese). 2012.

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

BENTO, Berenice. Identidade de gênero: entre a gambiarra e o direito pleno. Opinião. *Correio Braziliense*, 19 maio 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução n. 1652*, de 6 de novembro de 2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM n. 1.482/97.

\_\_\_\_\_. *Resolução n. 1955*, de 12 de agosto de 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Resolução n. 208*, de 27 de outubro de 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1707*, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União 19 ago 2008; Seção 1.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria n. 457*, de 19 de agosto de 2008. Regulamenta o Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 20 ago 2008; Seção 1.

BUSANELLO, Judit Lia. Entrevista gravada em 13 e 14/09/2012. São Paulo, SP.

GIANNA, Maria Clara. CRT DST/Aids-SP implanta primeiro ambulatório para travestis e transexuais do país. In: ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de Souza; PISANESCHI, Tatiane Crenn (Org.). *Transexualidade, travestilidade e direito à Saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010, pp.95-115.

HANADA, Heloísa. Entrevista gravada em 13/09/2012. São Paulo, SP.

ISTOÉONLINE. Não é uma vagina que deixa uma pessoa feliz. Entrevista com a modelo Léa T. 2011. Disponível em: <[http://www.istoe.com.br/reportagens/124781\\_NAO+E+UMA+VAGINA+QUE+DEIXA+UMA+PESSOA+FELIZ+>](http://www.istoe.com.br/reportagens/124781_NAO+E+UMA+VAGINA+QUE+DEIXA+UMA+PESSOA+FELIZ+>)>. Acesso em: 14 dez. 2012.

MARTINS, Ricardo Barbosa. Entrevista gravada em 12/09/2012. São Paulo, SP.

MURTA, Daniela. *Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil*. 2011. 107f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro Biomédico, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, Márcia da Silva. Correspondências privadas. Dez. de 2012.

REVISTA PIAUÍ. *Como mudar de sexo*, ano 4, n. 43, abr. 2010.

TEIXEIRA, Flávia do Bonsucesso. Entrevista gravada em 12 e 13/12/2012. Uberlândia.

VENTURA, Miriam; SCHRAMM, Fermin Roland. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 65-93, 2009.