



PERIÓDICUS

ISSN: 2358-0844

n. 5, v. 1 maio-out. 2016
p. 41-55.

As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma

Leonardo Farias Pessoa Tenório¹

Marco Aurélio Máximo Prado²

RESUMO: As experiências das transidentidades não se adequam no conceito de nenhuma patologia, muito menos de alguma psicopatologia, sobretudo porque é inviável e impossível estabelecer critérios diagnósticos coerentes com a realidade das diversidades das experiências das pessoas que vivem identidades trans. Isso significa que a lógica da patologização tem historicamente revelado muito mais o esforço da manutenção de hierarquias de saber e do poder científico como formas de regulação das normas sociais e de coerção e submissão às normas de gênero do que propriamente a criação de mecanismos e critérios de atenção e cuidado à saúde integral. O processo histórico da patologização e da psiquiatrização das transidentidades gera prejuízos de várias ordens às pessoas trans, negando a dignidade, a relativa autodeterminação e a possível autonomia sobre seus próprios corpos, pois entende a expressão da vida das pessoas trans como um conjunto de comportamentos psicopatológicos, reduzindo-os a estereótipos e descrições prescritivas homogeneizantes.

PALAVRAS-CHAVES: estudos trans; despatologização; transidentidades; saúde; psicologia.

Abstract: The experience of trans identities does not fit the concept of any disease, or any psychopathology, especially because it is impossible to establish diagnostic criteria consistent with the reality of the diversity of the experiences of people living trans identities. This means that the logic of pathologizing has historically proven much more effort to maintain hierarchies of knowledge and scientific power as forms of regulation of social norms and coercion to gender norms than actually creating mechanisms and criteria attention and care to full health. The historical process of pathologization and psychiatrization of transidentities generates losses of several orders to trans people, denying the dignity, the relative self-determination and possible autonomy over their own bodies, reducing their experiences to stereotypes and homogenizing prescriptive descriptions.

Keywords: trans studies; depathologization; transidentities; health; psychology.

Resumén: Las experiencias de transidentidades no se ajustan al concepto de ninguna enfermedad, y mucho menos ninguna psicopatología, sobre todo porque no es práctico y es imposible establecer diagnósticos consistentes con la realidad de la diversidad de las experiencias de las personas que viven identidades trans. Esto significa que la lógica de la patologización ha demostrado históricamente mucho más esfuerzo para mantener las jerarquías de conocimiento y poder científica como formas de regulación de las normas sociales y la coacción y las normas de presentación de género que en realidad la creación de mecanismos y criterios de atención y cuidado a la salud completa. El proceso histórico de la patologización y psiquiatrización de transidentidades genera pérdidas de varios órdenes a las personas trans, negando la dignidad, la libre determinación relativa y la posible autonomía sobre sus propios cuerpos, porque entendemos la expresión de la vida de las personas trans como un conjunto de comportamientos psicopatológicos, reduciéndolos a los estereotipos y homogeneizando las descripciones prescritivas.

Palabras clave: estudios trans; despatologización; transidentidades; salud; psicología.

¹ Ativista trans, membro da equipe do serviço do Processo Transexualizador do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e colaborador da pesquisa “Transexualidades e Saúde Pública no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans” desenvolvida pelo Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT da Universidade Federal de Minas Gerais (Nuh/UFMG).

² Homem cis, professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e coordenador do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT da Universidade Federal de Minas Gerais (Nuh/UFMG). É bolsista CNPq/Fapemig.

Recebido em 15/03/16

Aceito em 28/06/16

As experiências das transidentidades³ não se adequam no conceito de nenhuma patologia, muito menos de alguma psicopatologia, sobretudo porque é inviável e impossível estabelecer critérios diagnósticos coerentes com a realidade das diversidades das experiências das pessoas que vivem identidades trans. Isso significa que a lógica da patologização tem historicamente revelado muito mais o esforço da manutenção de hierarquias de saber e do poder científico como formas de regulação das normas sociais e de coerção e submissão às normas de gênero do que propriamente a criação de mecanismos e critérios de atenção e cuidado à saúde integral.

A patologização produzida historicamente pelas ciências sobre as experiências de transidentidades revela muito mais o lugar da hierarquia dos saberes e seu apego ao campo normativo hegemônico do que propriamente algum conhecimento sobre as próprias experiências das pessoas trans.

Segundo Canguilhem (2009 [1966]) o que pode ser saudável para um indivíduo pode não ser para outro e vice-versa, tornando-se inadequado tomar uma norma coletiva como parâmetro para considerar patológica a experiência de um indivíduo. Todavia considerar esse argumento não altera em nada a realidade que a reiteração do patologização pode ser também encontrada no discurso de várias pessoas trans. Muitas vezes ela aparece como o relato da existência de um sofrimento, seja ele denominado a partir de linguagem médica, psiquiátrica, ou não, bem como a necessidade declarada da assistência específica à saúde através de procedimentos médicos somáticos, cirúrgicos e hormonais.

Dizer que é um equívoco considerar as identidades trans como psicopatologias em nada significa que uma parcela da população trans não possa expressar em algum momento sofrimentos psíquicos. No entanto nem todas as pessoas trans que desejam se submeter a intervenções corporais alegam terem algum sofrimento significativo associado isoladamente ao seu próprio corpo biológico; terem total e/ou parcialmente algum tipo de repulsa e/ou indiferença ao seu corpo sexuado; muito menos terem incapacidade de expressarem sua masculinidade/feminilidade social ou sexualmente.

A maioria das pessoas trans que não se encaixa no padrão exigido pelo diagnóstico médico e psicológico nem passa próximo aos consultórios de profissionais da saúde, realizando intervenções corporais na informalidade quando não nas formas mais clandestinas de alto risco e

³ Usaremos o termo transidentidades por dois motivos: a) por não fazer referência direta a uma nomeação médica e b) por não se referenciar em uma expressão particular entre as muitas denominações possíveis relacionadas às transições de gênero em cada contexto cultural.



múltiplas vulnerabilidades. (TEIXEIRA, 2009; SANTOS, 2014)

Antes de refletir a respeito desse sofrimento existente na vida das pessoas trans é importante termos consciência de que parte significativa dos discursos dessas pessoas frente aos especialistas dos consultórios médicos e psicológicos a respeito de seus sofrimentos é agravada em função dos critérios diagnósticos já estabelecidos culturalmente em que esses precisam se adequar para ter acesso aos procedimentos desejados (BORBA, 2014; BENTO, 2006).

Portanto, nosso principal argumento nesta reflexão é que certos conhecimentos que foram construídos nos campos da Medicina e da Psicologia se colocam distantes da realidade das experiências de vidas de pessoas trans e, ao mesmo tempo, as reduzem a determinados estereótipos, produzindo uma falácia ao diagnosticar pessoas trans.

A recusa da escuta das experiências e o poder das hierarquias científicas

O processo histórico da patologização e da psiquiatrização das transidentidades gera prejuízos de várias ordens às pessoas trans, negando a dignidade, a relativa autodeterminação e a possível autonomia sobre seus próprios corpos, pois entende a expressão da vida das pessoas trans como um conjunto de comportamentos psicopatológicos, reduzindo-os a estereótipos e descrições prescritivas homogeneizantes.

Esse processo, deliberadamente, exclui grande parte da população trans do acesso à saúde; reprime as expressões de gênero das pessoas trans que conseguem acesso aos serviços em geral, estabelecendo um enquadramento coercitivo e normativo de gênero a tais; impede o bom funcionamento dos processos psicoterapêuticos, quando necessários; bem como burocratiza o acesso às condições de cuidado, o que gera clandestinidade, sujeitando as pessoas trans a um número grande de riscos de prejuízos graves à saúde e até a morte (TENÓRIO E PRADO, 2015).

Como dar credibilidade a um modelo de diagnóstico, atenção e cuidado à saúde quando o mesmo causa essa lista extensa de problemas de saúde às pessoas trans, em todos os aspectos biopsicossociais, em nome da ideia de “prevenir arrependimentos” e de um “diagnóstico correto de transexualidade”? Até que ponto esse modelo está realmente promovendo saúde ou está sendo iatrogênico? Até que ponto a proposta dos profissionais que atendem a população trans não está sendo mais transformar corpos “anormais” em corpos “normais” do que promover condições de reflexão e cuidado? Seria possível falar em integralidade, universalidade e humanização da



assistência à saúde, conforme preconiza a Lei Orgânica da Saúde, quando se trata dessa visão patologizadora da experiência das pessoas trans?

Nem no paradigma da patologia se fornece realmente assistência e promoção à saúde, pois seria experimentado o agravamento do que se descreve como sintoma, impondo e prescrevendo a materialização corporal da crença estereotipada de uma mente supostamente psicopatológica, prática legitimada pelos saberes médicos e psi há quase um século, mas que vem se atualizando de forma bastante densa nos últimos tempos com requintes diagnósticos e com os processos de medicalização da vida em sociedade.

Como credibilizar a cura de um suposto transtorno mental através de cirurgias plásticas reconstrutivas e hormonioterapias? Como forçar a legitimação de práticas e tentativas de diagnosticar o gênero e/ou a identidade de gênero, quando essa tentativa mostra-se como uma impossibilidade científica? Como manter uma categoria de transtorno mental associado às transidentidades quando esse fenômeno não se assemelha a qualquer outra categoria diagnóstica de patologia mental ou física?

As contradições e o caráter questionável das bases da concepção da “patologia mental” do outrora denominado fenômeno do “transexualismo” tornam-se evidentes tanto sob um olhar superficial quanto sob uma perspectiva mais aprofundada. A recusa da escuta das experiências parece ser o ato necessário para a manutenção dos estereótipos e das descrições médicas e psicopatológicas sem evidências.

É interessante pensar que o *sofrimento* atribuído à suposta incoerência que se designou nos manuais médicos entre o sexo biológico e identidade de gênero da pessoa trans, numa leitura lógica, teria de vir como decorrência da *incapacidade* da pessoa trans de vivenciar e expressar suas masculinidades e/ou feminilidades em função de seu corpo. Mas na verdade as pessoas já vivenciam formas de masculinidades mesmo tendo um corpo totalmente do sexo considerado “feminino” ou feminilidades mesmo tendo um corpo totalmente do sexo considerado “masculino”. A pessoa já se identifica como detentora de sentimentos intrínsecos de masculinidade ou feminilidade sem nenhuma transformação corporal e mesmo sem reivindicar socialmente o reconhecimento no gênero com o qual se identifica.

Assim, a escuta das experiências legítimas das pessoas trans poderia trazer vários desafios para a lógica da psicopatologização, pois permitiria perceber que o que sustenta o



discurso diagnóstico e patologizador não é nenhuma evidência científica, mas apenas uma lógica da hierarquia do saber e suas formas de poder sobre o controle da vida.

Por exemplo, existem muitos homens transexuais que desejam realizar mastectomias apenas porque o colete compressor machuca, porque os seios os “denunciam” e por isso sentem medo de sofrer represálias onde circulam (quando isto não ocorre realmente) ou não conseguem entrar em banheiros públicos nem masculinos nem femininos. Igualmente alguns alegam a necessidade de hormonioterapia não pelo incômodo com o corpo, e sim pela dificuldade de reconhecimento social no gênero masculino. Do mesmo modo, vários homens transexuais, mesmo declarando desejar ter um pênis, não se submetem à transgenitalização por ser esta arriscada e experimental aqui no Brasil e por conseguirem satisfação com sua(s) prótese(s) peniana(s), ou ainda sem prótese peniana.

Em todas as entrevistas e depoimentos transcritos de várias teses e dissertações realizadas no Brasil (PINTO, 2008; ARAÚJO, 2010; FREITAS, 2014) a respeito da vivência das transexualidades, nenhuma das mulheres ou homens transexuais relata ter tido, anteriormente às cirurgias e intervenções corporais, dificuldades em relação à sua satisfação sexual ou à capacidade de “ser mulher ou homem” ou “sentir-se mulher ou homem”. Relatam o receio de serem mal compreendidas/os pelos/as parceiros/as, de não aceitarem o próprio corpo, de serem descobertas/os enquanto “transexuais” e serem discriminadas/os, de se sentirem com um “defeito físico”, de terem a necessidade do reconhecimento de sua identidade civil, legal e socialmente etc. E a respeito de seus corpos biológicos, podem alegar algumas vezes intenso sofrimento com seus corpos – do qual decorreria sentimentos de tristeza, ideias suicidas e de mutilação –, mas não de serem incapazes de se sentirem “mulheres” ou “homens”.

Certamente a existência de algum tipo de “incapacidade” e o decorrente sofrimento das pessoas trans, esse último denominado muitas vezes de “disforia de gênero”, relacionados à expressão e vivência de suas identidades de gênero seria relativa ao contexto psicossocial, cultural e moral de normatividade de corpos, expressões de gênero, de sexismo e de transfobia na sociedade na qual estamos todos inseridos. Ou seja, o sofrimento da chamada “disforia de gênero” vem da discriminação decorrente dos efeitos da normatividade de gênero e de seus mecanismos coercitivos, impedindo as pessoas trans de perceberem suas identidades de gênero como legítimas e reais a partir de seus corpos, sendo a expressão de uma masculinidade ou feminilidade num corpo que não é pensado socialmente para isso, portanto visto no espectro restrito da inteligibilidade como irreal, moralmente inaceitável ou fora dos padrões estéticos



hegemônicos presentes no campo do reconhecimento das normativas de gênero – processos que são internalizados pelas pessoas trans e reiterados pela cultura e pela sociedade.

Via de regra a transição corporal de gênero é condição *fundamental* para obter o reconhecimento social desta masculinidade/feminilidade autoidentificada – além significar, para a própria pessoa trans, o estar mais ou menos adequada nas normas de gênero a qual a mesma deseja pertencer. Por isso as modificações corporais são tão importantes: são uma forma de obtenção do reconhecimento social no gênero autoidentificado e um conforto psíquico para o indivíduo trans ao ver-se adequado às normas de gênero o qual o mesmo acredita dever pertencer dentro de uma cultura cisnormativa e binarista com relação ao gênero.

Contudo, tanto a vivência das transidentidades quanto o processo de transição de gênero corporal e social põem as pessoas trans com muita frequência numa posição de vulnerabilidade social que as incentiva a estar em conflitos internos e por vezes tomar a iniciativa de se encaixar em normas de gênero mais pela pressão social que pelo seu desejo íntimo e individual. Daí a necessidade de melhor empoderamento das pessoas em sua transição de gênero: para que o desejo individual seja priorizado; e para que se compreenda que esse sofrimento nomeado como “disforia de gênero” tem mais das relações sociais e das concepções culturais e científicas cisnormativas, e não necessariamente como propriedades das experiências de vidas trans, como requerem as prescrições diagnósticas.

Essas vidas não são nem um pouco fáceis de serem vividas. Como exigir bem-estar total na vivência dessas experiências em um contexto social de tanta transfobia? Como ser trans e não transferir todos esses sofrimentos produzidos social, cultural e moralmente para o corpo biológico, já que, afinal de contas, é o demarcador cultural que simboliza mais fortemente essa problemática e inviabiliza essas vidas?

Sem dúvida, o problema não está na forma de expressão de vida das pessoas trans, mas somente em como, através das ciências e das profissões da área da saúde e dos modelos normativos expressos na cultura e na sociedade, se desconsidera a própria experiência trans como legítima. Portanto, faz-se totalmente incoerente considerar um diagnóstico de uma psicopatologia como uma questão que é do indivíduo, e sim da cultura de determinadas sociedades.



Diversidades das experiências das transidentidades e as inteligibilidades do gênero para além da patologização

As pessoas trans não possuem histórias de vida, práticas sexuais, relacionamentos com os próprios corpos sexuados, orientações sexuais ou comportamentos de gênero específicos que possam ser atribuídos normativamente a todas elas ou grupos rigidamente estabelecidos. Viver uma identidade trans é algo que também pode ser autopercebido e autodeclarado em qualquer momento da vida a partir das experiências mais diversas considerando inclusive as normativas de gênero mais hegemônicas em uma sociedade.

Viver transidentidades também não implica em ter um sofrimento (“disforia de gênero”) com o próprio corpo, muito menos em ter uma única forma de expressão e/ou grau de sofrimento, quando o caso da existência deste. Da mesma forma, as existências do desejo e/ou da necessidade de um procedimento de transformação corporal ou outro podem ser relativas e variam em relação à intensidade e à motivação destes. Incluem-se nesse conceito tanto as pessoas trans que apresentam características mais padronizadas em algum modo inteligível da cultura, quanto as que subvertem tais padrões e interpelam as normativas do gênero e das sexualidades.

Não negamos a existência de experiências transexuais tal qual foi apresentada através da obra *The transsexual phenomenon* (BENJAMIM, 1966), que corresponderia a ideia de um “transexual verdadeiro”, com ideações de mutilação e suicídio, desconforto significativo com o corpo, depressão, ansiedade, ou não necessariamente tudo isso em parte ou em totalidade, mas que tem a transgenitalização como uma necessidade compulsória.

Todavia, compreendemos que esse é um modo de lidar e vivenciar a própria transidentidade dentre muitos outros e que, muitas vezes, dada a hegemonia do pensamento patologizador e colonizador sobre as experiências transexuais, os discursos buscam se adequar a uma certa lógica de reconhecimento apresentada como o único marco de inteligibilidade do gênero. (BENTO, 2010)

A existência de um “transexual padrão” ou um “transexual verdadeiro” como a de uma pessoa transtornada deve ser rejeitada para que a escuta dessas experiências possa revelar a diversidade dos processos transicionais nos diferentes momentos históricos. Negamos, portanto, a realidade da suposta relação entre “ter transtorno” ou “rejeitar o próprio corpo” e ser “homem de verdade” ou ser “mulher de verdade” – isso não reflete as experiências das pessoas trans, como já fora observado em muitas pesquisas no campo de estudos e pesquisas de gênero



(BENTO, 2006; TEIXEIRA, 2009; SANTOS, 2010; BENTO, 2010; AMARAL, 2011; CARVALHO, 2011; FREITAS, 2014; BORBA, 2014). Inclusive é interessante observar que há diversas categorias identitárias que a própria população trans utiliza para se autodenominar, que são diferenciadas basicamente por fatores socioculturais e que muitas vezes são utilizadas pelas pessoas trans de forma política de acordo com o contexto, ora se colocando numa categoria, ora em outra (PELÚCIO, 2004; CARVALHO, 2011, BARBOSA, 2013).

Desse modo, interpelamos a legitimidade de algumas construções de saberes quando esses sugerem a existência de “sintomas” associados a uma ou outra forma de ser, já que as vidas evidenciam que as experiências trans são simplesmente diferentes de um modelo cisnormativo tido como hegemônico.

A produção científica atual a respeito das questões de gênero e sexualidade construiu a ideia de que nosso sistema sociocultural configura uma *matriz heterossexual binária* compulsória que é uma convocatória a sociabilidade e que legitima de forma positiva as relações conjugais, heterossexuais e monogâmicas que respondem às exigências da reprodução biológica. Como consequência, todas as possibilidades de exercício da sexualidade e dos gêneros que escapam ao padrão heteronormativo passam a ser consideradas ilegítimas, periféricas, anormais ou contra a natureza (BUTLER, 2014).

Na constituição dessa norma heterossexual, há a ideia de que algumas instâncias devem estar *alinhadas*, por exemplo, *sexo, gênero, corpo e desejo*, apresentando continuidade e complementaridade entre si. O gênero deveria estar em concordância cisnormativa com o sexo – as pessoas apenas poderiam ser legítimas a partir dessa suposta concordância, afinal o sexo biológico conservaria a “essência” da masculinidade e da feminilidade –, e o desejo deveria estar sempre heterossexualmente orientado, para a devida manutenção da função social da reprodutividade e da família como preservação de um modelo de moral social (BUTLER, 2006).

O que figura nesses termos uma compreensão do corpo como uma substância que carrega em si potenciais que deveriam se adequar às normas sociais hegemônicas dadas em um tempo e espaço histórico específicos, como se fossem naturezas humanas e não construções culturais e sociais articuladas por discursos e práticas sociais.

Na mesma lógica, todos aqueles que tivessem expressões discordantes dessa suposta linearidade seriam considerados *anormais* (deveriam ser corrigidos, terapeutizados e curados) ou



inexistentes, irreais, invisibilizados. Para as transidentidades, a patologização seria a forma de atribuir inteligibilidade cultural e possibilitar essa existência dentro desse sistema cultural heterocisnormativo a partir de um quadro referencial que sustenta as dimensões do reconhecimento subjetivo e social (AMARAL, 2011). De modo que o discurso entendido aqui como prática social da patologização unido pelo poder do pensamento médico e jurídico cria um campo de subsistência para as experiências trans, considerando-as patologias psicológicas e transtornos psiquiátricos, atribuindo-lhes uma segunda classe de cidadania – a qual somente é reconhecida sob tutela psi, médica e jurídica, e através de uma atenção à saúde iatrogênica.

No entanto, tal inteligibilidade ocorreu nos últimos dois séculos por um processo reconhecido como homofóbico e transfóbico com a psiquiatrização e psicologização das “sexualidades dissidentes”. As homossexualidades ocuparam, inicialmente no século XIX, o foco desses discursos sobre desvio sexual que, posteriormente, na segunda metade do século XX, se estenderam às transidentidades (LIONÇO, 2008).

Como apontaram várias autoras (BENTO, 2006; AMARAL, 2011), esse mecanismo de patologização e hierarquização das sexualidades e dos gêneros sustentou, em verdade, o núcleo referencial hegemônico que ostenta uma suposta coerência entre corpo, sexualidade, gênero e desejo. E produz, dado seu mecanismo específico de normalização, o apagamento de sua própria articulação (TAYLOR, 2009).

Butler (2006), ao atualizar o conceito de norma em Foucault (TAYLOR, 2009), ressalta três elementos dinâmicos da própria norma: a) a performatividade que se dá através da citacionalidade, da reiteração e da iterabilidade, b) o constitutivo exterior que caracteriza o duplo da norma uma vez que ela constitui, institui e exclui criando fronteiras tênues e precárias e, c) a forclusão produzindo o apagamento do seu próprio mecanismo histórico-cultural que caracteriza a norma como efeito de articulação discursiva e de práticas sociais ao longo do tempo histórico e dos contextos (BUTLER, 2006). Através dessa dinâmica performativa que a autora descreve é que podemos observar o duplo mecanismo normativo que permite a aparição legítima de alguns corpos no campo do reconhecimento e ao mesmo tempo restringe intensamente de outros no mundo social, produzindo como efeito a expectativa sobre o corpo do outro a partir de uma hegemonia das posições de gênero contextualizada na cultura e na história social de cada grupo.

As mesmas teorias feministas de gênero estabeleceram que o gênero é uma construção social e cultural, e afirmaram a impossibilidade de se falar numa masculinidade, numa feminilidade ou num



corpo biológico desvinculando-as dos aspectos socioculturais e das relações de poder estabelecidas entre grupos de pessoas e as organizações sociais. Essas defendem que a própria noção que temos de sexo é impossível de ser pensada isolada, independente de expectativas de gênero. O sexo seria antes de tudo uma instância “colonizada” pelo gênero, de tal forma que não é possível associar uma essência masculina ou feminina a um corpo biológico (BUTLER, 2014).

Entendemos não ser possível denotar o “fenômeno das transidentidades” enquanto patológico por acreditarmos ser impossível qualificar um corpo biológico enquanto correspondente à identidade de gênero masculina ou feminina para daí então chegar-se à conclusão de que, por ser essa uma experiência que não produz a correspondência desejada e viável, seria classificada como patológica.

Nesse sentido, somos contrários à explicação de que a realidade humana se resume a um corpo biológico ou é determinada pelo corpo biológico. Como ignorar completamente os aspectos psíquicos, comportamentais, sociais e culturais na construção do ser humano?

As homossexualidades foram despatologizadas na década de 1980 e 1990, quando foram retiradas dos manuais diagnósticos mais conhecidos, como a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Deu-se pela Medicina e Psicologia o devido reconhecimento de que não haveria necessidade de “tratamento” ou “cura” a tal forma de vida, pois essa é apenas uma possibilidade dentro da diversidade humana. Ainda que até hoje versem certas tentativas de repatologização e psicologização que reemergem em um momento de intensa disputa política por direitos LGBT, especialmente no Brasil dos últimos anos⁴.

Porém, em relação às transidentidades ainda não ocorreu a despatologização de fato nos manuais diagnósticos. Felizmente, o panorama internacional parece ser favorável. Em 2012, integrantes do Grupo de Trabalho para a Classificação de Transtornos Sexuais e Saúde Sexual da Organização Mundial de Saúde (OMS) tornaram públicas recomendações para o posicionamento das identidades de gênero trans, sugerindo, entre outras coisas, a retirada das transexualidades e das travestilidades do rol de transtornos mentais (DRESCHER et al., 2012).

Em agosto de 2014, a OMS, acatando as solicitações de seu Grupo de Trabalho e os

⁴ Importante observar a quantidade de projetos de lei no Congresso Nacional Brasileiro que diretamente ou indiretamente buscam novamente repor a patologização para as homossexualidades. O principal foco desses projetos é tentar derrubar a resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 01/1999 que impede o tratamento de cura para homossexuais.



esforços de ativistas trans, acadêmicos e profissionais da saúde de diversos países, tornou pública a sua versão rascunho da próxima versão do CID, a ser votada em 2017 na Assembleia Mundial de Saúde – que concluirá o processo de revisão de todas as formas classificatórias de diagnóstico.

Segundo a campanha internacional Stop Trans Pathologization (STP) e a Global Action for Trans* Equality (GATE), por ser ainda um rascunho, é possível que o conteúdo desse texto seja modificado, mas provavelmente todas as categorias relacionadas às pessoas trans anteriores serão apagadas do capítulo “Transtornos mentais e comportamentais”; a nova proposta de categorias “Incongruência de gênero na adolescência e idade adulta”, e “Incongruência de gênero na infância” poderiam ser adotadas; e essas novas categorias serão incluídas num outro capítulo possível, chamado “Condições relacionadas à saúde sexual” (Gate & STP, 2014). Como bem indica o documento da Gate & STP, essas novas nomeações ainda precisam de mais refinados estudos e debates para que possamos perceber se de fato não estamos mais uma vez a serviço de uma (re)patologização, especialmente no caso das experiências transidentitárias na infância.

Desafios do presente e a despatologização como um direito humano

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, e é um direito humano fundamental. (OMS, 1946)

Já de acordo com a Carta de Ottawa, da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, de 1986:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

Se as transidentidades não se encaixam no conceito de patologia, se as existências de incapacidades e sofrimentos são mais sociais e culturais, então por que viabilizar atenção à saúde específica e transformações corporais?



Com o amplo conceito de saúde, as ações a serem implantadas para a promoção desta, tornam-se igualmente amplas. Assim, não é necessário a população trans estar doente ou enferma para que tenha assistência sanitária: é necessário apenas não estar em pleno bem-estar biopsicossocial (MISSÉ, 2008; COLL-PLANAS, 2010). É possível, portanto, despatologizar e despsiquiatrizar as transidentidades sem perda desse acesso, contanto que as instituições de poderes discursivos médicos e psiquiátricos assumam uma visão não-patologizante das experiências trans.

Para seguir a legislação vigente no Brasil⁵, além da imprescindível existência da categoria nos manuais diagnósticos e classificatórios, é necessária a devida aprovação e regulação ética dos procedimentos de transformações corporais pelo Conselho Federal de Medicina, para que procedimentos de intervenções corporais não sejam considerados crimes de lesão corporal, e sim terapêuticas de promoção de saúde.

A saúde é um direito social garantido a todos os cidadãos brasileiros na Constituição Federal de 1988. A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal Nº 8.080/1990) estabelece como princípios do SUS a universalidade (acesso à saúde a todos, independente do tipo de assistência), a integralidade da saúde (ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema) e a equidade/igualdade (assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie). Por isso, o Estado Brasileiro deve garantir à população trans o acesso à saúde específica.

Para que haja a devida manutenção do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), precisaremos que o Ministério da Saúde – em respeito aos princípios do SUS e à Constituição Federal Brasileira – acate a manutenção deste, mesmo que as transidentidades não sejam consideradas mais um transtorno mental ou uma patologia.

Afinal, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 2.836, de 1º de dezembro 2011, tem como objetivo geral: “Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação

⁵ O artigo 129 do Código Penal brasileiro de 1940 considera crime lesão corporal a diminuição ou perda de membro, sentido ou função do corpo humano; E o artigo 10, parágrafo 4º da Lei de Planejamento Familiar (Lei Federal Nº 9.263/1996) veda esterilizações voluntárias através de histerectomias e ooforectomias. Mas há as ressalvas realizadas na Constituição Federal, artigo 199, parágrafo 4º, o qual preconiza que “A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento (...)”. E no Código Civil, o artigo 13 delibera que “Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes”.



do SUS como sistema universal, integral e equitativo.” (BRASIL, 2013). Logo deveria por assim criar mecanismos que favorecessem a despatologização das experiências trans e institucionalizar espaço para a escuta da diversidade que as experiências trans ensejam.

Para que sejam respeitados os direitos humanos, sexuais, reprodutivos e civis das pessoas trans no âmbito da saúde, é imprescindível a despatologização e despsiquiatrização das transidentidades pela Organização Mundial de Saúde; da mesma forma que, para que isso ocorra na prática no Brasil, faz-se necessário pensar em como oferecer uma atenção à saúde isenta da lógica da patologização, da psiquiatrização e da tutela tanto no âmbito da assistência pública quanto no da suplementar levando em conta a categorização diagnóstica dos manuais e catálogos, as regulamentações éticas e técnicas dos conselhos profissionais de Medicina e de Psicologia, o modelo de atenção à saúde e a prática clínica.

Esses desafios estão na pauta das lutas sociais atuais das pessoas trans e deveriam entrar como pauta das categorias profissionais da saúde, dos órgãos reguladores e executores da saúde e da luta pelos direitos humanos no âmbito do reconhecimento das diversidades. Despatologizar, para além da retirada dos códigos descritivos que determinam verdadeiras prescrições, significa dar espaço para a escuta das experiências a partir das suas evidências concretas. Só assim a ciência poderá dizer que cumpriu a função de romper o monopólio epistemológico do conhecimento que insiste em negar o conhecimento produzido pela diversidade da própria experiência.

Referências

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

ARAÚJO, Leticia Rezende. *Transexualidade: dos transtornos às experiências singulares*. 123p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2010.

BARBOSA, Bruno César. Doidas e putas: uso das categorias travesti e transexual. In: *Sexualidade, Salud y Sociedad*, n. 2, 2013.

BENJAMIN, Harry. *The transsexual phenomenon*. Nova York: The Julian Press, Inc, 1966.

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

BENTO, Berenice. Gênero: uma categoria cultural ou diagnóstica? In: ARILHA, M. (Org). *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo. Oficina Editorial, 2010.

BORBA, Rodrigo. *(Des)aprendendo a “ser”: trajetórias de socialização e performances narrativas no Processo Transexualizador*. 206p. Tese (Doutorado) – Programa



- Interdisciplinar de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, Faculdade de Letras, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, DF, 2013, 36 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf Acesso em: 12/03/2015.
- BUTLER, Judith. *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós, 2006.
- BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 7ª Edição, 2014.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1966.
- CARVALHO, Mario Felipe de Lima. *Que mulher é essa? Identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais*. 147p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
- COLL-PLANAS, Gerard. Introducción. In: MISSÉ, Miguel.; COLL-PLANAS, Gerard. (Orgs.): *El género desordenado*. Egales, 2010.
- DRESCHER, Jack; COHEN-KETTENIS, Peggy; WINTER, Sam. *Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11*. International Review of Psychiatry, December; 24(6), 2012, pp. 568–577. Disponível em: http://atmev.de/download/psychoszuICD11_kommentiert.pdf. Acesso em: 11 mar. 2015.
- FREITAS, Rafaela Vasconcelos. *Homens com T maiúsculo. Processos de identificação e construção do corpo nas transmasculinidades e a transversalidade da internet*. 121p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
- GATE, Global Action for Trans* Equality; STP, Stop Trans Pathologization. *Background information: new developments in the ICD revision process*. 2014. Disponível em: http://www.stp2012.info/Background_Information.pdf. Acesso em: 11 mar. 2015.
- LIONÇO, Tatiana. *Bioética e sexualidade: o desafio para a superação de práticas correccionais na atenção à saúde de travestis e transexuais*. Série Anis, n. 54, 2008.
- MISSÉ, Miguel. *Argumentos para la decatalogización del trastorno de identidad de género*. Situación médico-legal y movimiento trans en el Estado Español. 2008. Boletín T-Infirma del Secretariado Trans de la ILGA, v. 10, 2008. Disponível em: http://trans_esp.ilga.org/trans/bienvenidos_a_la_secretaria_trans_de_ilga/biblioteca/articulos/argumentos_para_la_descatalogacion_del_trastorno_de_identidad_de_genero_situacion_medico_legal_y_movimiento_trans_en_el_estado_espanol_1. Acesso em: 12/03/2015.
- OMS, Organização Mundial de Saúde. *Constitution of the World Health Organization*, 1946. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf Acesso em: 12/03/2015.
- PELÚCIO, Larissa. Travestis, a (re)construção do feminino: Gênero, corpo e sexualidade em um espaço ambíguo. *Revista ANTHROPOLÓGICAS*, ano 8, v. 15(1), 2004, pp. 123-154.
- PINTO, Maria Jaqueline Coelho. *A vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas*. 2008, 227f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> Acesso em: 11/03/2015.
- SANTOS, Ailton da Silva. *O gênero encarnado: modificações corporais e riscos à saúde de mulheres trans*. 2014. 208 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.



SANTOS, Maria de Fátima Lima. *A construção do dispositivo da transexualidade: saberes, tessituras e singularidades nas experiências trans*. 2010. 182f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

TAYLOR, Dianna. Normativity and normalization. *Foucault Studies*, número 7, setembro 2009, pp. 45-63.

TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso. *Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade*. Tese (doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

TENÓRIO, Leonardo e PRADO, Marco Aurélio M. Patologização das identidades trans e a violência na atenção à saúde: das normativas às práticas psicológicas. In: UZIEL, Anna Paula et al (organização) *Transdiversidades: práticas e diálogos em trânsito*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2015.

