



PERSPECTIVA BIOÉTICA SOBRE A LEGITIMAÇÃO DO DIREITO À REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO A PARTIR DE UMA LEITURA CONTRÁRIA À ESTIGMATIZAÇÃO DO TRANSEXUAL

Victor Santos de Souza¹
Camila Vasconcelos²

Resumo: O objetivo deste trabalho é discutir propostas numa perspectiva da Bioética e da Ética Médica, para a legitimação do direito à realização de cirurgia de transgenitalização a partir de uma leitura contrária à estigmatização do sujeito, que é apontado como portador de patologia. O que aborda o conceito de “transexualidade” e enfrenta o de “transexualismo”, tal como disposto na Resolução nº 1.652/02 do Conselho Federal de Medicina. Busca-se enfrentar a classificação de transtorno de identidade de gênero como afronta ao livre exercício de uma orientação sexual, na medida em que submete indivíduos à necessidade de adequação à condição de “verdadeiro transexual” – conceito relativo àquele sujeito que é considerado apto a submeter-se à cirurgia após atendimento por uma equipe e “diagnóstico” médico.

Palavras-chave: transexualidade, autonomia, estigmatização, vulnerabilidade, saúde

Os direitos sociais de travestis e transexuais tem carecido de garantias de realização prática fundamentada nos direitos humanos, sobretudo para o enfrentamento da abordagem biomédica es fundamentadas nos direitos humanos, pois atualmente se prevalece a abordagem biomédica na compreensão das condições.

A sexualidade vem sendo tratada com uma abordagem de psiquiatrização o que tem tornado imperativa a definição de regulamentações no campo da atenção à saúde relativamente ao exercício da sexualidade. O sujeito que apresenta uma prática sexual em desacordo com a lógica binária relacional heterossexual vigente, ou que expresse sua subjetividade em apresentações sociais da masculinidade e/ou feminilidade em discordância com o sexo biológico de nascimento, sofre as sanções decorrentes da

¹ Graduando em medicina na Universidade Federal da Bahia, integrante do Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Bioética e Ética Médica. santosvictor@gmail.com.

² Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, Mestre em Bioética, Doutoranda em Bioética pela Universidade de Brasília. camila.vasconcelos@ufba.br

patologização e inferiorização de sua vivência relativa à sexualidade, que podem ser desde o comprometimento à total exclusão do acesso à saúde. (LIONÇO, 2008).

Segundo Foucault (1985) vincular comportamento ao sexo, gênero à genitália, definindo feminino pela presença de vagina e masculino pelo pênis, remonta ao século XIX quando o sexo passou a conter a “última verdade” de nós mesmos. Nesse sentido, o sistema binário de masculino versus feminino produz e reproduz a ideia de que o gênero reflete e, espelha o sexo, bem como que todas as outras esferas constitutivas dos sujeitos estão amarradas a essa determinação inicial de que a natureza constrói a sexualidade e posiciona os corpos de acordo com as supostas disposições naturais (BENTO, 2008).

A transexualidade

O transexualismo é um fenômeno que atravessa o mundo contemporâneo e comporta-se como um sintoma atual da civilização. O sujeito transexual é tomado pela certeza de que sua identidade sexual contradiz seu sexo anatômico, de maneira que é convicto de que é prisioneiro em um corpo que não condiz com a sua subjetividade e, sob o tormento dessa certeza, é compelido a um desejo enérgico modificar-se fisicamente com a finalidade de identificar-se com o sexo oposto, ao qual se sente pertencer (TEIXEIRA, 2006).

Segundo Ventura e Schramm (2008) a transexualidade pode ser definida como um fenômeno cuja principal característica é o desejo de viver e ser identificado como pessoa do sexo oposto ao seu sexo biológico, e de ter seu corpo modificado para o sexo/gênero com o qual se identifica. Arán et al. (2008) criticam essa nomenclatura acrescentando que o transexualismo é incorporado à categoria psiquiátrica de “Disforia de Gênero” que incluía, além desta condição, outras “enfermidades” ligadas à identidade de gênero. Esta denominação implica na insatisfação decorrente da discordância entre o sexo biológico e a identidade sexual de um indivíduo e apontava como a única possibilidade de tratamento a realização da cirurgia de conversão sexual e a utilização de hormônios.

Bento (2008) sugere que a transexualidade seja uma experiência identitária, caracterizada pelo conflito com as normas de gênero. Acrescenta ainda que essa definição confronta-se à aceita pela medicina e pelas ciências “psi” que a qualificam como uma “doença mental” e a relaciona ao campo da sexualidade, e não ao gênero.

A medicina admite essa manifestação sexual como uma entidade nosológica, denominada transtorno de identidade de gênero (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV) ou sexual (Organização Mundial de Saúde), ou ainda, transexualismo (Conselho Federal de Medicina – CFM), cuja principal característica é o antagonismo entre sexo e gênero, acompanhado de um intenso sofrimento não causado por anomalia sexual ou distúrbio de base orgânica, como as espécies de hermafroditismo (VENTURA; SCHRAMM, 2008).

A definição de transexualismo se baseia principalmente um sentimento de identidade permanente, uma crença numa essência feminina sem ambiguidades (para transexuais masculinos); uma relação com o pênis vivida “como horror”, não existindo nenhuma forma de investimento libidinal. Porém esta relação não pode ser considerada psicotizante, principalmente porque a capacidade de integração social destas pessoas permanece intacta (ARÁN; ZAIIDHAFT; MURTA, 2008).

Os transexuais masculinos não se identificam com “uma mulher” propriamente dita, mas sim com “a mulher”, na medida em que esta posição é idealizada e vivida como plenitude. O que se destaca nesta teoria é a observação clínica de que importa mais a aparência de “ser” mulher, do que a possibilidade de “ter” relações sexuais. A partir destas suposições, alguns autores são reticentes em relação à realização da cirurgia, porém outros destacam a importância que esta pode adquirir na organização subjetiva (ARÁN; ZAIIDHAFT; MURTA, 2008).

Lionço (2009) afirma que a Carta Constitucional deixa clara a universalidade dos direitos sociais, sem discriminação de qualquer espécie, apresentando a diversidade como valor social. A autora acrescenta que considerando ser a intimidade inviolável, a sexualidade não pode se restringir a padrões unívocos, denotando a própria pluralidade entre os cidadãos e grupos sociais, bem como a de suas formas de laço afetivo. O conceito de diversidade sexual possui uma função central e estratégica para a proteção dos direitos sociais de pessoas que encontram na orientação sexual e na expressão de gênero fatores de violação de seus direitos, tendo como fatores de prejuízo social a heteronormatividade e a naturalização do binarismo de gênero, sócio-historicamente construídos. A noção de diversidade sexual visa a explicitar o potencial de variação das orientações sexuais e expressões de gênero, por meio da ênfase na ideia de pluralismo.

Segundo Rios (2007), a heteronormatividade e a essencialização do binarismo de gênero são fatores limitantes ao avanço da consolidação e da democratização dos direitos sexuais. A busca pela democratização dos direitos sexuais deve levar em

consideração que a heteronormatividade e a manutenção dos estereótipos de gênero são contrárias à afirmação da diversidade sexual como valor social. Para alcançar a justiça social é necessário a renúncia a toda forma de readequação das condutas sexuais e expressões de gênero a esse parâmetro excludente e ordenador de hierarquias de valor para o status dos indivíduos enquanto legítimos ou não para a participação no espaço público, o que implica, no campo da saúde, partilhar das decisões e ter igualdade de oportunidades no acesso aos bens e serviços. A restrição das demandas em saúde à lógica identitária, ao invés de contribuir para a desconstrução da essencialização do binarismo de gênero e da norma heterossexual, acaba por reforçar esses discursos normativos por meio da reiteração das categorias homem e mulher.

O acesso à saúde

O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução nº 1482/97, aprovou a realização de cirurgia de transgenitalização e os procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários. Esta resolução considera que tal cirurgia tem como motivo essencial uma “intenção de beneficência”, baseada no princípio terapêutico, ou seja, “a busca da integração entre o corpo e a identidade sexual psíquica do interessado”, bem como; nos princípios de autonomia e justiça. No ano 2002, a Resolução CFM nº 1.652 alterou a anterior, permitindo que a cirurgia do tipo neocolpovulvoplastia fosse realizada no âmbito da assistência à saúde, em qualquer instituição pública ou privada de saúde. A confirmação do diagnóstico de transexualismo – tomado aqui em sua nomenclatura conforme o raciocínio patologizante - torna-se condição do tratamento, sendo que a cirurgia só poderá ser realizada após acompanhamento psiquiátrico por, no mínimo, dois anos (ARÁN, 2008).

Segundo Bento (2008) o CFM reproduziu as Normas de Tratamento da Associação Internacional de Disforia de Gênero, conhecidas como State of Care (SOC), na construção das Resoluções para a questão da transexualidade. São essas normas que estabelecem os parâmetros para o manejo do tratamento clínico e cirúrgico para as Desordens de Identidade de Gênero. Embora sejam repensadas e recebam atualizações, as diretrizes do SOC mantêm como ponto central a certeza de que a transexualidade é uma enfermidade para qual a cirurgia é o único tratamento eficaz. A centralidade fornecida ao diagnóstico e à cirurgia de transgenitalização poderia ser explicada por

essa derivação e essa incorporação da Resolução como critério de verdade influencia também na Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde.

Os critérios normativos atuais de seleção dos pacientes para o processo transexualizador são: avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social; a conclusão do diagnóstico médico de transexualismo após no mínimo dois anos de acompanhamento conjunto; que o paciente seja maior de 21 anos; e que possua características físicas apropriadas para a cirurgia (CFM, 2002, art. 4).

O protocolo terapêutico é dividido em uma fase de diagnóstico, seguida das intervenções da equipe de saúde propriamente ditas, que abrange psicoterapia, terapia hormonal, cirurgias e acompanhamento pós-cirúrgico. Os critérios para o diagnóstico são: desconforto com o sexo anatômico natural; desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; ausência de outros transtornos mentais ou anomalias sexuais de base orgânica (CFM, 2002).

Ventura e Schramm (2008) afirmam que o sistema legal brasileiro conta com alguns dispositivos aplicáveis à questão e que vêm servindo para fundamentar e estabelecer alguns limites às intervenções. Segundo estes autores, em nível constitucional, os principais dispositivos são: o direito de não ser submetido a tratamento degradante ou desumano; o direito à inviolabilidade da vida privada, da intimidade, da honra e da imagem da pessoa; o livre desenvolvimento da personalidade e a autonomia; a não-discriminação, a assistência integral à saúde, entendidas como ingredientes do estado de completo bem-estar (BRASIL, 1988: art. 5º, caput, art. 196).

É recente a incorporação, à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), do processo transexualizador, ocorrida através da Portaria do Ministro da Saúde nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que incorpora os critérios e condições para o acesso estabelecidos na Resolução CFM n.º 1.652/2002 e dá as seguintes diretrizes para o atendimento e organização dos serviços: integralidade e humanização da assistência; desenvolvimento de estudos sobre a eficácia, efetividade, custo e benefício e qualidade do processo transexualizador para a pessoa transexual; capacitação, manutenção e educação permanente das equipes (VENTURA; SCHRAMM, 2008).

A regulamentação do Processo Transexualizador - formalizada pela Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde nº 457, de 19 de agosto de 2008 (BRASIL, 2008) -,

permite afirmar que se trata de uma normatização que visa a resgatar os princípios da universalidade do acesso e integralidade na atenção, mas especificamente em relação às dimensões físicas e psicossociais implicadas no processo de transformação fenotípico e social característico à transexualidade, prioritariamente no contexto da atenção especializada. A questão diferencial da norma brasileira é o estabelecimento de parâmetros éticos para a condução do processo de atenção à saúde, com ênfase na garantia da autonomia e no enfrentamento dos agravos decorrentes de processos discriminatórios (LIONÇO, 2009).

Segundo a Portaria nº. 1.707/GM, de 18 de agosto de 2008, da Secretaria de Atenção à Saúde, nas diretrizes de assistência ao indivíduo com indicação para a realização do Processo Transexualizador, fica explicitada a necessidade do reconhecimento do diagnóstico de transexualismo como transtorno psíquico para que o indivíduo possa ter acesso ao serviço ao afirmar que, caso não seja confirmado o diagnóstico de transexualismo, o usuário deverá ser encaminhado ao serviço que melhor lhe convier. Ficando a cargo da equipe multiprofissional verificar a pertinência e potencialidade terapêutica das intervenções oferecidas pela mesma no caso deste usuário específico, em articulação com o serviço para o qual foi realizado o encaminhamento. Teixeira (2009) acrescenta que a ameaça de não ser considerada apta a ingressar no Processo Transexualizador mantém o transexual amarrado ao poder médico, perpetuando, desta forma, o lugar de vulnerabilidade diante da equipe que estará apta a dizer sobre ele e (re)afirma a necessidade de “passar pela prova, pelo teste”. Esse reconhecimento é apenas o início de um complexo, moroso e ambíguo caminho que deve ser percorrido para a realização da cirurgia, através dos exames e pareceres que reconheçam a existência de um “transexual verdadeiro” (TEIXEIRA, 2009).

O poder médico não apenas regula o acesso aos recursos de saúde disponíveis para a superação do desconforto em relação ao próprio corpo e do desejo de transformação dos caracteres sexuais. O poder médico poderia, até mesmo, impedir o acesso a esses recursos. Está impedido o acesso a esses recursos biomédicos àqueles indivíduos que não aderem integralmente à proposta terapêutica regulamentada, ou àqueles que não desejam explicitamente a recuperação de um estado similar ao considerado normal, na perspectiva do alinhamento linear entre sexo-gênero-desejo, para os indivíduos que não desejam fazer a cirurgia ou que ainda não se sentem preparados para realizar este procedimento. Neste caso, o que está sendo impedido não

é apenas o acesso a um procedimento cirúrgico ou de redução de danos pelo uso de hormônios. Está sendo negado o acesso às condições necessárias para a livre expressão da personalidade (VENTURA, 2007 apud TEIXEIRA 2009).

Aspectos que merecem relevância no debate acerca da condição transexual são o efeito estigmatizante e discriminatório do diagnóstico psiquiátrico de uma condição sexual, considerado necessário para o acesso aos recursos médicos disponíveis, e se as restrições à autonomia do paciente, com o objetivo de proteger a pessoa transexual e limitar as intervenções médicas, são efetivas e eficazes. O que se constata é que o exercício da autonomia do paciente transexual no processo transexualizador é mais limitado do que o usualmente admitido para outros processos terapêuticos, o que traz desafios e dificuldades para os profissionais de saúde, e efeitos negativos para a saúde das pessoas que utilizam a prática de modificações corporais, mas que não são diagnosticadas como “transexuais verdadeiros”, já que são excluídos, para esse fim, da assistência do sistema oficial de saúde, buscando recurso no mercado clandestino (VENTURA, 2007).

Segundo a visão médica, a procura pela cirurgia tem como finalidade a satisfação sexual, pois o saber/poder médico afirma que as pessoas transexuais têm uma completa abjeção em relação aos seus corpos, o que as transforma imediatamente em seres assexuados e Ramsey (1996, *apud* BENTO 2009) acrescenta que o padrão transexual “normal” tem baixo ou nenhum impulso sexual, e que um pequeno grupo de transexuais que gostam de se masturbar deveriam fazer muitas perguntas e ponderar respostas cuidadosamente antes de se lançar à cirurgia. Bento (2009) discorda desta afirmativa e aduz que a busca por inserção na vida social é o principal motivo para pleitear a cirurgia de transgenitalização. A autora acrescenta que não há uma aversão homogênea ao corpo entre as pessoas transexuais. A imagem de si mesmo para muitos transexuais é positivada mediante a valorização reiterada de partes dos seus corpos tidas como “lindas”, “perfeitas”. Entretanto, em muitos momentos, os mesmos afirmam: “eu odeio meu corpo”, para logo depois dizer: “nossa, me acho linda, principalmente meu cabelo e meu bumbum.” Contudo, a eficácia do dispositivo da transexualidade está no apagamento destes deslizes no discurso, que podem refletir o real estado psicossocial enfrentado pelo indivíduo. Nesse sentido, a afirmação de que as pessoas transexuais odeiam seus corpos pode estar baseada conceitos equivocados, na medida em que toma-se a parte (as genitálias) pelo todo (o corpo). É como se a genitália fosse o corpo e numa

interpretação moderna, utiliza-se o sexo como definidor da verdade última dos sujeitos (BENTO, 2009).

Segundo Foucault (1985), a genitalização da sexualidade é um dos desdobramentos do dispositivo da sexualidade que faz coincidir sensações com determinadas zonas corporais, reduzindo o corpo a zonas erógenas, em função de uma distribuição assimétrica do poder entre os gêneros (feminino/masculino), conforme aponta. A genitalização, no entanto, não se limita à sexualidade: atravessa as relações, estruturando-as (BENTO, 2009).

A autonomia do transexual

O Código Civil no capítulo II, onde discorre sobre os direitos da personalidade, afirma no artigo 13 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, e o artigo 15 acrescenta que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Estes artigos visam permitir uma paulatina ampliação da autonomia dos pacientes nos cuidados de sua saúde, ratificando-se o direito de o paciente decidir livremente sobre a execução de quaisquer práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de morte.

Apesar do reconhecimento jurídico do direito da pessoa transexual ao acesso às modificações corporais e alteração da sua identidade sexual, a legitimidade dessa prática está condicionada à confirmação de um diagnóstico psiquiátrico e ao cumprimento de um protocolo terapêutico, cujos critérios e condições mínimas são estabelecidos previamente pela instituição médica, e implicam substancial redução da autonomia do sujeito transexual, e dos próprios profissionais de saúde, no processo transexualizador (VENTURA; SCHRAMM, 2008).

A forma como a tutela normativa foi estabelecida acaba por não representar um autêntico instrumento de proteção do indivíduo transexual, podendo se configurar num tipo de dispositivo de poder e controle, que se utiliza das ferramentas da Medicina e do Direito, e pode vir a reduzir ou anular a autonomia dos sujeitos, para atender interesses e moralidades dominantes. Nesse sentido, a resposta dada à demanda do transexual foi a criação do “transexualismo” e de um protocolo diagnóstico e terapêutico que fixa descrições e prescrições sobre como deve ser vivenciada “corretamente” a

transexualidade. Nesse sentido, o transexualismo pode ser visto como um tipo de dispositivo, em que as instituições médica e jurídica desconsideram as singularidades, e tem como principal preocupação reduzir à condição transexual à heterossexual, admitida como a expressão correta ou normal da sexualidade (TEIXEIRA, 2006).

Judith Butler (2006, *apud* TEIXEIRA, 2009) argumenta que, quando uma pessoa qualquer busca recurso médico para uma intervenção cirúrgica e/ou uso de hormônio, não é inquirida sobre as condutas e fantasias infantis e, muito menos, encaminhada para obter certificados de saúde mental. Ela compreende que a introdução desses profissionais mina a autonomia dos sujeitos, que seria a base para afirmar o próprio direito. Arán, Zaidhaft e Murta (2008) relatam que, em seu trabalho, foi observado, entre as transexuais acompanhadas, que existia uma certeza de pertencimento ao gênero feminino e a importância da realização da cirurgia. Posteriormente, o acompanhamento cotidiano da diversidade das trajetórias sexuais e subjetivas permitiu perceber que não necessariamente todas as transexuais desejam a extirpação do pênis e a construção do canal vaginal para a realização do sexo genital “normal”. Várias já estabeleciam uma relação sexual e afetiva satisfatória, sendo a cirurgia apenas um entre outros atributos para a construção do gênero. Desta forma, para algumas pessoas a cirurgia é imprescindível, para outras podiam esperar um momento oportuno e ainda outras poderiam desistir da cirurgia sem deixarem de ser transexuais. Sendo assim, como a demanda é a realização do tratamento cirúrgico, destaca-se a importância do estabelecimento de um tempo para a confirmação desta decisão, como também para o esclarecimento de todas as questões implicadas. Nesta conjuntura, o atendimento psiquiátrico para a confirmação do diagnóstico de transexualismo pode também ser encarado como um dispositivo de cuidado para a realização da cirurgia, no entanto, sabe-se que este mesmo diagnóstico é também um vetor de patologização e de estigma, o qual muitas vezes acaba por atribuir uma patologia ao paciente sem questionar as questões históricas, políticas e subjetivas de psiquiatrização da condição transexual.

Deste modo a cirurgia de transgenitalização pode ser visto como uma oferta médica contemporânea, assim como as medicações hormonais e os efeitos concretos das transformações plásticas e estéticas, e o simples fato de sua existência enquanto alternativa terapêutica não quer dizer que deva ser aplicada a todos os casos. O direito à saúde, nos casos de transexuais, passa pelo direito à autonomia na tomada de decisão sobre os procedimentos necessários para uma melhor qualidade de vida, pois não desejar realizar a cirurgia de transgenitalização não destitui o indivíduo da condição de

transexual, pelo direito ao livre desenvolvimento da personalidade, a não discriminação, bem como à liberdade e à singularidade (ARÁN et al, 2008).

Considerações finais

Pelo exposto observa-se que A heteronormatividade e a essencialização do binarismo de gênero são fatores impeditivos no avanço da consolidação e democratização dos direitos. A busca pela democratização dos direitos sexuais deve levar em consideração que a heteronormatividade e a manutenção dos estereótipos de gênero são contrárias à afirmação da diversidade sexual como valor social (LIONÇO, 2009).

Conforme visto, o gênero funciona como dispositivo de produção do que se reconhece como sexo, e este dispositivo é indispensável ao processo de subjetivação e também ao reconhecimento do que é considerado humano. Conforme Teixeira (2009), há homens sem pênis por diversas razões, como, por exemplo, acidentes ou cânceres. Nem por isso deixaram de ser pertencentes ao sexo masculino. Há mulheres sem vulva, sem vagina, sem útero, sem ovários, sem trompas e sem mamas. Nem por isso deixaram de ser pertencentes ao sexo feminino. Assim, a caracterização de feminino e masculino não se estabelece por cópulas sexuais ou pelas vias fisiológicas que as viabilizem, mas pela dignidade do ser humano.

No modelo normativo sanitário vigente no Brasil, a autonomia da pessoa transexual tem valor instrumental e é funcional à necessidade de se realizarem as intervenções médicas para adequação psíquica e social dos portadores da anomalia sexual definida na norma. Assim,

A autonomia pessoal do transexual se restringe à faculdade de a pessoa buscar tratamento e aceitar realizá-lo, não de um exercício da livre vontade da pessoa e de escolha do que é mais benéfico para si. A restrição à autonomia dos sujeitos nesse âmbito tem ainda, como consequência, a exclusão, no sistema oficial de saúde, do/a paciente que não preencha os critérios do diagnóstico para o acesso às modificações corporais. (TEIXEIRA, 2009).

Ventura (2007) afirma que a norma estabelecida para o acesso à terapia para a mudança de sexo modificou o sentido contemporâneo de direito à saúde, que primordialmente era o direito de alcançar um completo bem estar pessoal, físico e social, para o desenvolvimento de sua personalidade, um “direito de ter direitos”

garantidos pelo Estado, para um dever de saúde, isto é, o dever de respeitar o direito do Estado de estabelecer as condutas sexuais consideradas saudáveis e adequadas. Diversos efeitos podem ser observados nessa política, algum deles no âmbito individual e coletivo, mais visíveis são, no plano individual, a norma constrange o paciente a realizar, ao menos, a cirurgia de transgenitalização, mesmo quando não desejada, para obter sua nova identidade civil, por vezes, negada pelo Poder Judiciário – iatrogenia por ato judicial, no âmbito coletivo, não permite que todos aqueles que utilizam a prática de transformações corporais para expressar sua sexualidade, mas que não são considerados pela norma como “transexuais verdadeiros”, recebam assistência médica adequada, com esta finalidade, no sistema oficial de saúde, favorecendo um mercado clandestino, potencialmente inseguro e inescrupuloso, com sérias complicações para a saúde daqueles que não desejam se conformar à norma vigente.

Sem a pretensão de exaurir as reflexões acerca da temática proposta, observa-se a necessidade de prosseguimento em análises, seja quanto aos determinismos anatômicos e sociais, ou quanto às suas implicações na busca pela compreensão da assistência integral à sua saúde e aos direitos de cidadania do indivíduo transexual.

Referências

Aran. M.; Zaidhaft, S.; Murta, D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade*; 20 (1): 70-79, 2008

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

BENTO, Berenice. O que é Transexualidade?, Editora Brasiliense - Coleção Primeiros Passos, São Paulo, 2008.

BRASIL. Senado Federal. Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. 2006. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf. Acesso em: 22 de abril. 2012.

_____. Portaria nº. 1.707/GM, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

_____. Portaria n.º 2.227/GM, de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico Saúde para a formulação de proposta da Política Nacional de saúde da população gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais – GLTB. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Acesso em: 22 de abril. 2012.

_____. Portaria n. 457/SAS, de 19 de agosto de 2008. Regulamenta o Processo Transexualizador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Acesso em: 22 de abril. 2012

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Processo Consulta CFM n.º 0617/90. PC/CFM/n.º11/1991. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br> Acesso em: 06 mar. 2006.

_____. Resolução CFM n.º. 1.482/97. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo. Conselho Federal de Medicina, 1997. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br> Acesso em: 20 maio 2012.

_____. Resolução CFM n.º 1.652/2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM n.º 1.482/97. Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br>. Acesso em: 20 maio 2012.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. Physis, 2009, vol.19, no.1, p.43-63.

_____. Bioética e sexualidade: o desafio para a superação de práticas correccionais na atenção à saúde de travestis e transexuais. Série Anis: Brasília, n. 54, p. 1-6, 2008.

PEREIRA, C. G. Bioética e transexualidade: para além da patologização, uma questão de identidade de gênero. XIX Encontro Nacional do CONPEDI. Fortaleza - CE. 2010

FOCAULT, Michel. História da sexualidade. Rio de Janeiro: Graal, v. 2, 1985

JUNIOR, A. R. G. A Bioética da Proteção e a população Transexual Feminina. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz - Mestrado em Saúde Pública. São Paulo. 2007.

TEIXEIRA, F. B. Armadilhas da (re)solução: (in)visibilidades na construção do processo transexualizador. Série Anis, Ano IX, n.68, p.1-11, Brasília, Letras Livres. 2009.

VENTURA, M.; SCHRAMM, F. R. 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, 19: 65-93, 2009

VENTURA, Mirian. Transexualismo e Respeito à Autonomia: um estudo bioético dos aspectos jurídicos e de saúde da “terapia para mudança de sexo”. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-Graduação em Ciências / Saúde Pública, Rio de Janeiro/RJ, 2007.