

DISPOSITIVO DE CONFISSÃO E OS CUIDADOS EM SAÚDE PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Juliana Vieira Sampaio

*Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco -
UFPE, julianavsampaio@hotmail.com*

Resumo

O objetivo desta pesquisa é analisar como o dispositivo de confissão se articula com os cuidados em saúde para travestis e transexuais. O processo de regulamentação dos cuidados voltados para travestis e transexuais no Brasil é bastante recente e resultado de muita luta dos movimentos sociais, porém percebemos que o padrão dicotômico de sexo/gênero e a heteronormatividade ainda são categorias balizadoras nos cuidados em saúde desta população. Tendo como enfoque teórico-metodológico os estudos foucaultianos e feministas esta pesquisa de campo foi realizada em um ambulatório especializado em sexualidade, localizado em uma capital do Nordeste, com a duração de um ano de imersão e com a participação travestis, transexuais e profissionais da saúde que faziam parte deste serviço. Identificamos que a partir do dispositivo de confissão os profissionais da saúde buscavam desvelar o “verdadeiro eu” dos usuários, a partir de normas binárias de gênero. As categorias nosológicas eram utilizadas para guiar os atendimentos e diagnosticar os usuários como “transexuais verdadeiros”, ou não. Concluímos que o dispositivo de confissão funciona como base para patologizar os modos de existência travesti e transexual, além de contribuir para que os profissionais da saúde tutelem estes sujeitos.

Palavras-chave: Saúde, Transexualidade, Travesti, Ambulatório, Heteronormatividade.

Introdução

A saúde foi institucionalizada no Brasil, a partir da Lei 8.080, como dever do Estado e direito fundamental da população brasileira desde 1990 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de ser um direito universal, algumas pesquisas assinalam o processo de exclusão da população de travestis e transexuais dos serviços de saúde (GONZÁLEZ; LINCONA, 2006; ROMANO, 2007; CAMPO-ARIAS; HERAZO, 2008).

O processo de regulamentação dos cuidados voltados para travestis e transexuais é bastante recente e resultado de muita luta. As Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde e a divulgação destes tratamentos por parte da mídia, influenciaram no crescimento da demanda para o acesso a diversos procedimentos, por outro lado, essa não foi acompanhada pelo aumento de hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde (ARÁN, MURTA, LIONÇO, 2009).

Os equipamentos de saúde que realizam atendimento voltado para essa população se restringem a cinco hospitais autorizados pelo Ministério da Saúde, para atender a demanda de todo território brasileiro. Os Hospitais autorizados a realizar o “Processo Transexualizador” até o presente momento são: Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre/RS; Hospital Universitário Pedro Ernesto – Rio de Janeiro/RJ; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo/SP; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia/GO; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – Recife/PE.

Na capital do Nordeste onde ocorreu esta pesquisa não existe nenhum hospital autorizado pelo Ministério da Saúde para realizar o “Processo Transexualizador”, mas há em um hospital estadual, especializado em saúde mental, um ambulatório referência no atendimento de “Transtornos da Sexualidade Humana”. O serviço ainda é pouco conhecido e divulgado para a população, devido a limitação na capacidade de atender uma demanda maior. A população atendida nesta instituição relata que soube da sua existência por sites na internet ou foi encaminhada para o equipamento por outro serviço público de saúde, mas não por ser travesti ou transexual, e sim por ter depressão, bipolaridade, isto é, algum transtorno psiquiátrico.

Tendo em vista esse panorama de dificuldade de acesso de travestis e transexuais aos serviços de saúde na cidade, esta pesquisa tem o objetivo de analisar o atendimento oferecido para travestis e transexuais em um Hospital Estadual de uma capital do Nordeste.

Metodologia

Essa é uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório realizada durante um ano com a inserção da pesquisadora no cotidiano de um Hospital Psiquiátrico. Foram acompanhadas quinzenalmente as atividades desenvolvidas no Ambulatório voltado ao cuidado de pessoas com algum “transtornos da sexualidade” a partir da nosografia descrita no DSM -V como: disfunções sexuais, disforia de gênero e transtornos parafilicos etc. Esse ambulatório funciona em um Hospital Psiquiátrico de uma capital do Nordeste do Brasil e realiza o atendimento de travestis e transexuais com a participação de uma equipe multidisciplinar formada por duas ginecologistas, um endocrinologista, um psiquiatra, residentes segundo ano de psiquiatria, uma psicóloga e dois estagiários de psicologia.

Durante a inserção no serviço, a pesquisadora participou das reuniões em que haviam discussões dos casos clínicos pela equipe multidisciplinar, com a sistematização das informações em um diário de campo. Foram realizadas ainda entrevistas com homens e mulheres transexuais e travestis que eram acompanhados pelo serviço, além da interação na sala de espera, tendo como orientação a conversa no cotidiano (MENEGON, 2004).

Os dados foram analisados a partir dos estudos de Foucault e Butler sobre a sexualidade e os modos de subjetivação. Nosso posicionamento metodológico e ético nesta pesquisa busca questionar as categorias diagnósticas por considera-las restritivas, com isto, desejamos produzir, modos de vida mais inventivos, que desviem da rota pré-estabelecida, experimentando caminhos incertos e inesperados, que transgridam as normas.

Referencial teórico

Foucault (2009), que define a confissão como “um ritual que se desdobra em uma relação de poder (...) em que a verdade se autentica (...) e produz em quem o articula modificações intrínsecas.” (p.82).

A confissão é uma tecnologia, por ser uma prática sistemática que envolve saber, poder e ética, apresentando uma racionalidade e uma regularidade que organiza o que os homens fazem, além de envolver meios (táticas) e fins (estratégias). O dispositivo de confissão transforma os indivíduos em sujeitos em dois sentidos: sujeitos à lei e sujeitados à sua própria identidade. Confessar promove formas de identidade que dependem de como o sujeito se observa, se diz e se julga a si mesmo sob a direção e o controle de seu confessor (FOUCAULT, 2009).

Para compreendermos melhor o ritual de confissão de travestis e transexuais com os médicos e psicólogos no ambulatório de sexualidade, é importante compreender como essa população se tornar objeto para os saberes biomédico e psi (psicologia, psiquiatria e psicanálise). Tal relação envolve não só a captura desta forma de existir por determinados saberes, como também uma constante negociação para obtenção de cuidado e assistência. Esses enlaces e encontros permitiram a patologização desses modos de vida, como também um processo de tutela dos profissionais da saúde com estes sujeitos.

Existiram e existem diferentes categorias utilizadas para classificar e nomear as pessoas que procuram se construir a partir de um sexo diferente daquele designado no nascimento. Mesmo antes do saber biomédico nomear e classificar tais experiências como transexualismo, já havia pessoas que não se orientavam pelo modelo binário (homem/mulher) para a compreensão da sua existência. A construção das categorias nosológicas travesti e transexual se articula com a emergência da sexualidade como objeto central na busca de definições da subjetividade e identidade, tanto para os cientistas como para os próprios sujeitos (FOUCAULT, 2009).

O termo travesti é utilizado pela primeira vez no início do século XX, pelo médico alemão de origem judaica, Magnus Hirshfeld, para nomear as pessoas que não reproduziam padrões de gênero associados ao sexo ao qual haviam sido assignadas ao nascerem. Ele foi responsável por uma das primeiras “cirurgias de mudança de sexo” reportadas no mundo e, embora este procedimento não tivesse obtido sucesso, culminando na morte da paciente, sua cirurgia abriu um campo de pesquisas para o desenvolvimento de tecnologias mais eficientes. Desse modo, na Europa, durante o século XX, houve uma série de mudanças na compreensão da sexualidade, o que possibilitou

inclusive a produção de novas tecnologias para “mudança de sexo” (MEYEROWITZ, 2002).

As compreensões sobre as condições trans não eram homogêneas, enquanto alguns autores, como o próprio Hirshfeld, entendiam que o “travestismo” era uma variação normal dentro de um leque de possibilidades sexuais, outros estudiosos, como o médico alemão, Krafft Ebing, classificaram os homossexuais e travestis como portadores de uma estrutura psicopatológica e criminosa (LEITE JR., 2008).

A primeira cirurgia bem-sucedida de transgenitalização aconteceu em 1921, realizada por Félix Abraham que ajudou “Rodolfo” a tornar-se “Dora”, nove anos antes, em 1912, já havia acontecido a primeira mastectomia, de uma jovem que ameaçava se suicidar se não retirasse os seios (CASTEL, 2001). A síntese do estradiol, em 1936, possibilitou que travestis e transexuais administrassem tais substâncias antes mesmo de se normatizar as prescrições, em 1950, em alguns países da Europa.

Joanne Meyerowitz (2002) pontua que somente depois da Segunda Guerra os médicos começaram, de fato, a se interessar e pesquisar questões relacionadas à “mudança de sexo”. Assim, o termo “transexual” é utilizado pela primeira vez em 1949, pelo psiquiatra inglês David Oliver Cauldwell, para fazer referência às pessoas que desejavam a cirurgia de mudança de sexo. Em 1953 o soldado americano George W. Jorgensen se torna a primeira transexual a ter sua transformação acompanhada pela mídia (PRECIADO, 2008). A primeira faloplastia (construção de um pênis a partir de um enxerto da pele e dos músculos do braço.) acontece poucos anos depois, em 1958, na Rússia, como parte do processo de mudança de sexo de mulher para homem.

É nesse cenário que o endocrinologista Harry Benjamin sistematizou pela primeira vez, na década de 1950, as características dos sujeitos transexuais e passou a apoiar e incentivar, publicamente, o tratamento hormonal e cirúrgico de quem o procurava (BENTO, PELÚCIO, 2012). Tal acontecimento provocou uma mudança radical na exposição midiática da cirurgia de mudança de sexo.

Harry Benjamin era de uma linha de endocrinologistas advindos da Alemanha que também acreditavam na construção comportamental do sexo. Para ele, a diferença básica entre travestis e transexuais era o desejo pela cirurgia de transgenitalização, pois, estes últimos, não se sentem confortáveis como o pênis, já que são mulheres em

um corpo errado. São essas características, formuladas por Harry Benjamin, que orientaram o processo de patologização da transexualidade nos atuais códigos médicos. Em 1973 a homossexualidade é retirada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM) como doença mental, mas em 1983, a transexualidade (disforia de gênero) é incluída no manual como doença mental, e três anos antes já tinha sido incluída no Código Internacional de Doenças (CID), pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

É importante ressaltar que o processo de patologização da transexualidade, nesse período, tinha como uma das suas propostas, fazer com que as cirurgias de transgenitalização deixassem o campo da ilegalidade em alguns países e, com isso, promover a assistência dos sujeitos transexuais pelos serviços de saúde, tanto público, como privado.

No início do século XX a cirurgia de transgenitalização era considerada mutilação pela lei, foi a articulação entre psiquiatria, endocrinologia e genética que promoveu uma série de mudanças nesse campo. Dessa forma, a descriminalização das intervenções cirúrgicas e farmacológicas foi acontecendo gradualmente pelo mundo, 1935 na Dinamarca; 1967 na Grã-Bretanha e 1969 na república Federal Alemã. O custo do tratamento passa a ser coberto pela Seguridade Social neerlandesa em 1972, quando a Associação Americana recomenda o procedimento cirúrgico como tratamento para transexualidade (PRECIADO, 2008).

No Brasil, um dos casos que ganhou destaque na mídia foi o do médico Roberto Farina e sua paciente, que foram presos, ainda na década de 1970, após o que foi considerada, a primeira cirurgia de transgenitalização do país (LEITE JR., 2008). Farina foi acusado de crime de lesão corporal e falsidade ideológica, além de infringir o Código de Ética Médica, que proibia a realização de ato médico ilegal. O Supremo Tribunal, na época, acabou inocentando o médico utilizando os argumentos de que a cirurgia foi realizada a partir do diagnóstico de transexualismo, proposto pelo endocrinologista Harry Benjamin e que, com isso, promoveu a melhoria da saúde da paciente (LEITE JR., 2008).

A descriminalização da cirurgia de readequação sexual e dos procedimentos afins relacionados à transexualidade foi resultado de um longo processo de debate na área da saúde e justiça no Brasil. Tais embates eram sempre relacionados ao Código de Ética Médica e ao

Código Penal, pois se colocava em questão a legitimidade penal e ética do procedimento de transgenitalização, já que esta era considerada “mutilação grave” e “ofensa à integridade corporal”. Ademais, o crime de atribuição de falsa identidade, conforme Artigo 307 do Código Penal era utilizado como argumentação contra a redesignação sexual devido as suas implicações jurídicas.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) só passou a regulamentar e autorizar a cirurgia de transgenitalização em 1997, por meio da resolução nº. 1.482, enquanto o Ministério da Saúde (MS) formalizou as diretrizes técnicas e éticas para a atenção ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) mais de dez anos depois das orientações do CFM, por meio da Portaria GM nº. 1.707, em 18 de agosto de 2008 (BRASIL, 2008). Tais regulamentações tanto do CFM como do MS foram revogadas e outras forma colocadas em vigor no seu lugar, CFM nº 2.265/2019 e a Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, respectivamente.

Resultados e discussão

A dinâmica de atendimento no ambulatório acontece da seguinte forma, as consultas são realizadas pelos residentes de psiquiatria que, depois de obterem todas as informações consideradas relevantes sobre os pacientes, se dirigem para a sala de grupo com a finalidade de discutir o caso com os outros profissionais, estes orientam como conduzir o atendimento, quais exames passar, a medicação, a dosagem etc. Para serem atendidos no ambulatório do Hospital os pacientes passam pelo processo de diagnóstico e enquadramento em categorias nosológicas pelos psiquiatras. Mesmo que busquem apenas o atendimento com o endocrinologista, precisam ser considerados transtornados ou disfóricos, pois a hormonioterapia só é iniciada e tem como base o diagnóstico. Os cuidados em saúde para travestis e transexuais estão condicionados ao desvelamento da sua sexualidade.

Durante uma das discussões de caso apresentadas pelos residentes de psiquiatria no ambulatório, um deles fala: “a paciente confessou que ...”. Um dos profissionais interpela “confessou?!” e todos riem. Apesar do termo confissão pelo residente neste caso ser motivo de riso, observamos que a dinâmica envolvida no atendimento do ambulatório é a mesma descrita por Foucault (2009) ao falar sobre as técnicas de confissão. A verdade de cada paciente é construída na

medida em que este revela a sua sexualidade durante os atendimentos. A ginecologista alerta os residentes que “não podemos fazer o diagnóstico de transexualismo só com o fato do paciente dizer que é transexual, temos que investigar a sua história”. Nesse jogo, a sexualidade torna-se um lugar desconhecido para o sujeito e, ao mesmo tempo, no plano social, há uma hiperprodução de conhecimento teórico e científico a respeito do sexo (FOUCAULT, 2010).

Essa produção de conhecimento teórico e científico é o que permite à equipe de saúde questionar se a paciente é travesti ou uma transexual “de verdade”. “Qual seria a principal característica para definir um transexual?”, pergunta uma das profissionais mais antigas do ambulatório, ao que uma ginecologista responde prontamente: “é a rejeição precoce ao corpo biológico”. O transexualismo é compreendido como um transtorno no qual a pessoa tem um corpo (sexo/genitália) que não corresponde à sua interioridade, ao gênero. A afirmação da ginecologista é atravessada pela cisão entre a noção de corpo biológico, onde estaria localizado o sexo, e uma interioridade psíquica, que seria o gênero.

Essa separação entre sexo e gênero tem sido utilizada como justificativa para realizar o diagnóstico de transexualismo e para a crescente indicação das cirurgias de transgenitalização. Não foi apenas uma melhoria tecnológica que influenciou o aparecimento de tais cirurgias, mas a criação de um “eu interno” masculino ou feminino “independente” das marcas corporais. Para identificar se o eu interno dos pacientes é masculino ou feminino, a médica do ambulatório orienta: “é importante montar a história desses pacientes desde a infância, pois é perigoso transexualizar travestis”. Para não cometer esse erro de diagnóstico, é necessário fazer os pacientes falarem, assim, por meio da confissão, esse sujeito pode descobrir o seu eu verdadeiro. Essas relações de poder-saber sobre a sexualidade permitem a produção de um sujeito com interioridade, identidade e subjetividade.

Esse ser psicológico interior construído pela nossa sociedade a partir da modernidade, apesar do seu aspecto “ficcional”, possui uma eficácia discursiva e poder de materialização (SPINK, 2011). Podemos perceber o seu efeito nos documentos de identidade, laudos psicológicos, diagnósticos, livros biográficos, direitos constitucionais etc. A construção de uma interioridade, identidade, essência, personalidade, de comportamentos e desejos coerentes ao longo do tempo possibilita

o governo dos indivíduos e, conseqüentemente, da população. É exigido que travestis e transexuais obedeçam a essa expectativa de um “eu” linear e constante ao longo da vida. A estabilidade proporcionada pelo recurso da “memória” do que se é permite uma inteligibilidade desse sujeito. Esse autoconhecimento destina os corpos a determinados modos de existência.

Porém, a memória biográfica não é um conjunto de fatos “guardados” na cabeça, mas um ritual de contar história que é apoiado em artefatos como fotografias, vídeos, documentos, diários etc. (SPINK, 2011). Os pacientes, ao contarem suas histórias, precisam buscar na infância a explicação de que sempre foram assim, que seu “eu” é feminino ou masculino, pois gostavam de brincar de boneca com as meninas, não gostavam de futebol e vestiam escondidas as roupas das mães e das irmãs ou o contrário disto (BENTO, 2006; PELÚCIO, 2007).

Essa é uma tentativa de organizar o “eu”, uma busca por coerência. Uma das pacientes atendidas no ambulatório relata brevemente como decidiu iniciar o seu processo de transformação corporal e como sempre foi muito feminina, oferecendo uma linearidade entre o “gay-zinho” do passado e a “travesti”, como se reconhece atualmente:

[E.1] Essa minha auto afirmação começou quando eu tinha 18 anos, eu era menininho ainda, mas era muito, muito afeminado, e sempre diziam que eu era trans. Mas eu não tinha a oportunidade dessa mudança, dessa transformação. Tinha o preconceito, essas questões todas... E fazia essa avaliação, será que vale a pena abrir mão de tudo para me auto afirmar travesti? Aí vinha alguns estigmas muito fortes, essa da prostituição que é algo muito difícil. Tinha esse pensamento muito forte. Meu Deus, como é que vai ser? Nessa época eu já não morava com a minha mãe, eu morava só. Aí eu ficava faço ou não faço... Chegou um dia que estava cansado mesmo. Sempre tive cabelo grande... Me olhei no espelho “Não sou mais eu!”. Joguei tudo no lixo, fiquei com uma calça jeans e três blusinhas. Foi aí que comecei, comecei com hormônio (...).

Ela relata que, apesar de ter sido um menininho antes de mudar a roupas e utilizar hormônio, sempre teve cabelo grande e enfatiza que era muito “afeminado”. Esse passado de menino “afeminado” faz conexão com a cena do espelho no qual ela não se reconhece - o

reflexo da sua aparência externa era incoerente com seu “eu” interno. Quando os profissionais “psi” registram tais histórias, a sua função não é de descrever a interioridade de determinado indivíduo, mas de construir esses sujeitos como dotados de desejos, de uma vida psicológica interior e portadores de um transtorno psíquico.

O “eu” produzido nessa rede funciona como um ideal regulatório, que controla e dociliza os corpos (ROSE, 2001). Esse jogo relacional permite a emergência do “eu” feminino ou masculino, que não é uma entidade interna do ser humano ou puramente social, mas produto destas forças. Podemos compreender o “eu” como algo fluido e mutante, não como uma entidade interna caracterizada por uma essência. A “descoberta” ou a “confirmação” de uma interioridade transexual ou travesti é construída, geralmente, quando elas encontram psicólogos, psiquiatras e psicanalistas. Não é incomum, os pacientes do ambulatório contarem que antes achavam que eram homossexuais, mas isso mudou ao serem consultados por um psicólogo ou psiquiatra que explicava que, na verdade, eles eram mulheres ou homens transexuais.

O saber “psi” produz uma série de efeitos no modo como os pacientes passam a se subjetivar. É na sessão de psicoterapia que uma paciente “descobre” o seu verdadeiro “eu” e isto possibilita, inclusive, uma série de mudanças na forma como ela se relaciona com o próprio corpo:

[E.2] Eu fiquei sabendo [que era transexual] porque eu fui a uma psicóloga para conversar com ela como eu me sentia. Como é que eu me sentia por dentro, o que eu pensava, como eu agia, tudo! E aí ela atestou você é transexual, uma transexual. Aí ela foi explicar o que é que era, e eu fui atrás de saber o que é que era e posteriormente eu comecei a tomar hormônio. Depois que ela atestou eu comecei a tomar hormônio. Com dois meses tomando hormônio meus seios cresceram muito e aí eu me assumi 24 horas. Eu venho de uma família toda evangélica, ou seja, não é fácil. Assumir ser transex não é fácil. Dizer eu nasci assim, mas eu sou assim, mas a sociedade não está preparada para isso. E quando eu digo que a sociedade não tá preparada não é no sentido de aceitação, pois a gente não precisa ser aceita, porque não é produto. Eu digo de não ter conhecimento sobre o assunto. Porque todo mundo pensa que só porque nasceu com o sexo biológico masculino e tem uma identidade de

gênero feminino é travesti e aí liga isso a prostituição, a tudo que é de ruim. E não é assim. É como ser heterossexual, existem heterossexuais que são ruins e existem heterossexuais que são bons, isso vai depender de cada pessoa. Assim como existem transexuais, gays e lésbicas que são bons e são ruins. Mas a gente é taxada de ruim. Enquanto a sociedade diz que nós somos doentes, enquanto as pessoas dizem que nós somos pessoas doentes a gente vai ser tratada como doentes.

Foi confessando tudo à psicóloga que ela recebeu o seu diagnóstico e começou a modificar o seu corpo com o uso de hormônios. Ao falar de si, confessar os seus desejos, a paciente do ambulatório constrói um discurso sobre a sua sexualidade e passa a se constituir como sujeito, sujeito de desejo, sujeito sexual. A confissão à psicóloga permite que ela conheça os seus segredos mais íntimos e, ao mesmo tempo, possibilita que ela passe a se vigiar constantemente, ficando atenta aos próprios comportamentos e pensamentos, pois os seus desejos e a sua sexualidade devem ser coerentes com seu verdadeiro “eu”. É preciso forjar uma identidade feminina, que se materializa no modo como ela fala suavemente, nas formas arredondadas que seu corpo apresenta após o uso de hormônios, nas roupas decotadas etc. É preciso controlar o seu corpo e o seu sexo. Verdade e subjetividade tornam-se efeitos da confissão e das técnicas de verdade.

Outra paciente do ambulatório diz que o seu diagnóstico foi realizado há muitos anos. “Nessa época, ainda não sabiam direito diferenciar gay de travesti, de transexual, não existia isso”, mas foi nesta avaliação que ela se descobriu: “sou 95% mulher, esses 5% que faltaram é porque eu sou alfa, gosto de mandar e dominar, meus namorados sofrem. Mas todas as mulheres da minha família são desse jeito, elas que sustentam a casa, trabalham, fazem tudo”. O diagnóstico está associado a um regime normativo que determina um padrão único de feminilidade e masculinidade, no qual mulheres são submissas e frágeis, gostam de realizar atividades domésticas, desejam casar e sentem atração sexual por homens, e homens são fortes, trabalham para sustentar a família e sentem atração por mulheres. Não há questionamento sobre como as características físicas e morais atribuídas aos sexos variam nas mais diversas sociedades e períodos históricos. Esses atributos são apenas naturalizados compulsoriamente quando determinamos que isto é coisa de menino e aquilo é de menina.

Inúmeras práticas discursivas e não discursivas contribuem para que tais normas identitárias sejam reiteradas, como a divisão dos banheiros, o modo como nos vestimos, testes psicológicos todos esses dispositivos produzem a noção de continuidade e coerência. O sexo se transforma na inteligibilidade do sujeito, na sua identidade, sua história. Desse modo, a sexualidade permite o poder sobre a vida, não apenas interditando os corpos, mas construindo técnicas de si. Essas técnicas permitem que os próprios sujeitos intervenham em seus corpos, em seus desejos, sua alma, seus pensamentos e condutas a fim de produzir mudanças até que se atinja um estado de perfeição e, conseqüentemente, de felicidade (FOUCAULT, 2010).

A felicidade, para alguns pacientes estava associada à cirurgia de transgenitalização. Esse procedimento é imaginado como um modo de obter inteligibilidade, de ser reconhecido socialmente como homem ou mulher, conseguir um emprego, ser respeitado na família. “Minha mãe disse que mesmo usando hormônio, me vestindo e parecendo uma mulher, sou apenas uma travesti, pois ainda não fiz a cirurgia”, relata uma paciente. A cirurgia de redesignação sexual só é realizada após dois anos de acompanhamento psicoterapêutico e um laudo. O laudo, mais que a terapia, é algo muito procurado pelos pacientes do ambulatório. Duas pacientes relatam que iniciaram o processo de psicoterapia em outro serviço, mas abandonaram quando descobriam que a psicóloga não fazia laudo. Nesse processo para conseguir um laudo e realizar a cirurgia, os pacientes negociam com os profissionais “psi” quais discursos podem ser ditos ou não e qual o padrão de feminilidade e masculinidade utilizado como referência.

A patologização da transexualidade não garante o acesso aos cuidados de saúde, mas reiteram e impõe um modelo único de sexualidade. O transexualismo transforma os sujeitos em transtornados, incapazes de decidir sobre as mudanças que desejam realizar sobre o próprio corpo, e que necessitam dos saberes biomédicos e psi para orientar e autorizar as suas escolhas (BENTO, PELÚCIO, 2012). Mesmo no campo da patologia, observamos que os pacientes não são passivos nessa dinâmica, pois eles negociam incessantemente com os saberes psi e biomédico. Muitos já conhecem os protocolos da transexualidade, se informam com amigos e pela internet sobre o que podem ou não falar na frente da equipe de saúde, que é bem diferente daquilo que circula na sala de espera do ambulatório.

Eles buscam atendimento psicológico, mas faltam com frequência ou mesmo abandonam o atendimento quando percebem que não irão receber o laudo que desejam. Vão as consultas com psiquiatras e psicólogos, mas falam apenas superficialmente sobre as suas vidas, pontuando de modo enfático somente os aspectos envolvidos para o diagnóstico de transexualidade. Mesmo após a sujeição desses corpos a uma série de técnicas para a sua regulação, eles não são passivos, eles se reinventam.

Considerações finais

Há uma negociação constantemente entre a equipe de saúde e travestis e transexuais que buscam estes serviços para realizar as mudanças que desejam em seus corpos. Travestis e transexuais desvelam em suas interações como agir e o que pode ou não ser dito nas consultas com os profissionais da saúde. Entendemos que o “eu” é uma categoria fluida e instável, produto de uma rede de elementos discursivos e não discursivos, apesar da tentativa de captura e cristalização construídos pelo dispositivo da confissão. Os modos de subjetivação homens e mulheres cis, trans, travesti são uma ficção socialmente construída, mas que nem por isso deixa de produzir efeitos. “Não existe sujeito ou subjetividade fora da história e da linguagem, fora da cultura e das relações de poder” (TADEU, 2009, p. 10).

Podemos compreender que as categorias identitárias não são uma manifestação do “eu” interior, mas um produto do poder, um elemento político. Isso faz com que nos reconheçamos como possuidores de uma interioridade que determina o modo como devemos agir. O uso de determinada categoria para classificar os sujeitos produz diferentes modos de vida, pois os discursos têm efeito de poder, podendo controlar e instituir quais são as formas possíveis de existência. No caso de travestis e transexuais este modo de existência é determinado pela confissão de sua sexualidade, patologização e tutela pelos profissionais da saúde.

Referências

ARÁN, M; MURTA, D; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1141- 1149, 2009.

BENTO, B PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-581, maio/agosto, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM n. 1.707*, 18 de agosto 2008. Processo Transexualizador. 2008.

CAMPO-ARIAS, A HERAZO, E. Homofobia en estudiantes de medicina: una revisión de los diez últimos años. *MedUNAB*, 11, p. 120-123, 2008.

CASTEL, P. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995). *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 21, n. 41, p. 77-111, 2001. FAUSTO-STERLING, A. Dualismos em duelo. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 17-18, 2002. FOUCAULT, M. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fonseca, 2001.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

FOUCAULT, M. *Ditos e Escritos V: Ética, Sexualidade, Política*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

GONZÁLEZ, M; LINCONA, N. Normalización del discurso homofóbico. Aspecto bioético. *Acta Bioethica*, v.12, n.2, 2006.

IZQUIERDO, M. “Uso y abuso del concepto de género”. In: VILANOVA, M (Org.). *Pensar las diferencias*. Barcelona: Universidad de Barcelona, 1994.

ROSE, N. Como se deve fazer a história do eu. *Educação & Realidade*, v. 26, n. 1, p. 33-57, 2001.

LEITE JÚNIOR, J. “*Nossos Corpos Também Mudam*”: sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso médico científico. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, Programa de Doutorado em Ciências Sociais, 2008. (Tese de Doutorado).

MÉLLO, R; SAMPAIO, J. Corpos intersex borrando as fronteiras do discurso médico. *Revista NUFEN*, v. 4, n. 1, p. 04-19, jan-jun, 2012.

MEYEROWITZ, Joanne. *How sex changed*. Cambridge, Massachusetts, Harvard Universit press, 2002.

PRECIADO, Beatriz. *Testo Yonqui*. Madri: Espanha Calpe, 2008.

ROMANO, V. Inclusão não homofóbica: um diálogo entre estudantes de medicina e . *Revista Brasileira de Med. Fam. e Com*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 10, jul-set, 2007.

SPINK, M. Pessoa, Indivíduo e Sujeito: Notas sobre efeitos discursivos de opções conceituais. *In: SPINK, M; FIGUEIREDO, P; BRASILINO, J. Psicologia social e pessoalidade*. Rio de Janeiro: Centro Eudelstein de Pesquisas Sociais, 2011

TADEU, T. Nós, ciborgue: o corpo elétrico e a dissolução do humano. *In: TADEU, T. Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humanos*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.