

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Procedimentos para redesignação sexual: um processo bioeticamente inadequado”

por

Heloisa Helena Gomes Barboza

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

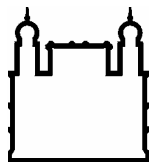
Orientador: Prof. Dr. Fermin Roland Schramm

Rio de Janeiro, abril de 2010.

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese, intitulada

“Procedimentos para redesignação sexual: um processo bioeticamente inadequado”

apresentada por

Heloisa Helena Gomes Barboza

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

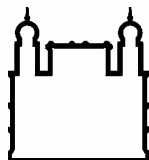
Prof.^a Dr.^a Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa

Prof.^a Dr.^a Berenice Alves de Melo Bento

Prof.^a Dr.^a Marlene Braz

Prof.^a Dr.^a Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel

Prof. Dr. Fermin Roland Schramm – Orientador



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 19 de abril de 2010.

Heloisa Helena Gomes Barboza

CG/Fa

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

B239 Barboza, Heloisa Helena Gomes
Procedimentos para redesignação sexual: um processo
bioeticamente inadequado. / Heloisa Helena Gomes Barboza. Rio de
Janeiro : s.n., 2010.
174 f., graf.

Orientador: Schramm, Fermin Roland
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Bioética. 2. Transexualismo. 3. Identidade de Gênero. 4. Política.
I. Título.

CDD – 22.ed. – 306.766

DEDICATÓRIA

Para a jovem F., o guerreiro mais valente
que conheci, e que me deu a certeza
interior de estar defendendo uma causa
justa.

AGRADECIMENTOS

Ao contrário do que em geral acontece, sobram palavras para externar meus agradecimentos. A todos, que caminharam comigo durante a construção desta tese, poderia aplicar vários adjetivos do rico vocabulário da língua brasileira, mas digo apenas “obrigada”, que traduz na sua literalidade o quanto lhes devo. Mas isto é pouco para o muito que recebi, e nada expressa do sentimento que gostaria de transmitir a cada um. Como me faltam “engenho e arte” para tarefa tão delicada, tento fazer talvez o mais difícil: nomear alguns, na certeza de que faltam vários outros, e pontuar algo dos inúmeros momentos convividos. Não há qualquer sentido de ordem nas referências – estão todos sentados em círculo recebendo o mesmo afetuoso abraço.

Agradeço a:

Simão Isaac Benjó (*in memoriam*), ainda e sempre, meu professor e orientador de vida.

Fermin Roland Schramm, meu estimado orientador nesta tese, por sua dedicação, paciência, mas sobretudo, por ter me ensinado a olhar o mundo de uma nova forma, ao me iniciar na Filosofia.

Marlene Braz, e todos os demais professores da Ensp/Fiocruz, por seus ensinamentos.

Anibal Guimarães, pela amizade, apoio e conversas infindáveis que me ajudaram a passar pelas difíceis “encruzilhadas” do tema.

Verônica Ferreira Vieira, minha assistente de todas as horas, auxiliar de pesquisa, em especial, por sua minuciosa revisão de toda tese.

Eloisio Alexandro da Silva, pelo acolhimento em seu grupo no Hospital Pedro Ernesto, e pelos esclarecimentos sobre os meandros da medicina.

Koichi Kameda, Fernando Antonio Pimenta e Patrícia Ennes, auxiliares de pesquisa, pelo paciente trabalho, mas principalmente, pela prova de amizade.

Leila Cristina Rodrigues de Andrade, bibliotecária da Faculdade de Direito da UERJ, por sua inestimável colaboração na revisão, especialmente na “decodificação” das regras da ABNT.

Lucineide Costa, minha bibliotecária, que viabilizou a pesquisa bibliográfica.

Todos os colegas da Ensp/Fiocruz, especialmente da turma de doutorado 2006, que me devolveram a alegria de ser aluna.

Todos os colegas da Faculdade de Direito da UERJ – professores, alunos e servidores, pelo apoio e incentivo.

Alessandro, Guilherme e Luiza, meus filhos, pelo carinho e compreensão de sempre.

Meus amigos, a família escolhida, pelo apoio incondicional.

Marcos Roberto, meu companheiro de vida, meu “porto seguro”.

Tudo que sou não é mais do que abismo
Em que uma vaga luz
Com que sei que sou eu, e nisto cismo,
Obscura me conduz.
Um intervalo entre não-ser e ser
Feito de eu ter lugar
Como o pó, que se vê o vento erguer,
Vive de ele o mostrar

Fernando Pessoa
22-4-1934

RESUMO

Estudo sobre a transexualidade, um fenômeno complexo que diz respeito à transição que uma pessoa faz de um sexo para o outro, através do processo transexualizador, denominação dada pelo Ministério da Saúde ao conjunto de procedimentos médicos realizados para a redesignação sexual da pessoa transexual. O objetivo principal da tese é demonstrar que o processo transexualizador atual é bioeticamente inadequado, em virtude dos problemas que dele decorrem para a pessoa transexual, especialmente no que tange a sua vida em sociedade. O trabalho é de natureza teórica e foi realizado através de pesquisa bibliográfica, que levantou publicações, nacionais e internacionais, inclusive na imprensa, sobre os temas tratados na tese, a saber: sexualidade, sexo, gênero, heterossexualidade. O levantamento bibliográfico compreendeu, preferencialmente, obras sobre filosofia, ética, bioética, medicina e direito, que permitiram a análise das questões teóricas envolvidas diretamente no estudo. O exame da bibliografia jurídica foi dirigido à jurisprudência existente nos tribunais brasileiros de segunda instância sobre a transexualidade, e teve o propósito de investigar o posicionamento dos referidos tribunais em face dos pedidos de mudança de nome e/ou de sexo por parte de pessoas transexuais, submetidas ao processo transexualizador. A transexualidade foi estudada no campo definido pela interface entre a sexualidade, a bioética, e o direito. Na análise bioética, a transexualidade é considerada não tanto como “fenômeno”, algo que se percebe, mas como objeto de práticas de agentes e pacientes morais, dispositivos, políticas e biopolíticas, como concebidos por Michel Foucault. Embora o processo transexualizador possa produzir bons resultados sob o ponto de vista médico, no que concerne à transformação física de um corpo masculino em feminino e vice-versa, os efeitos sociais dessa mudança podem ser perversos para o transexual. Isto acontece quando o transexual não obtém sua requalificação civil junto ao poder judiciário, o que agrava sua discriminação e exclusão sociais, além de haver restrições a vários de seus direitos. O transexual em tal caso pode ser identificado como um *homo sacer*, figura do antigo direito romano apresentada por Giorgio Agamben, que era a pessoa condenada a viver uma “vida nua”, isto é, uma vida fora do seu contexto, no espaço do “não direito”. Esta situação quando vivida pelo transexual é moralmente inaceitável, especialmente na denominada “era dos direitos humanos”, e justifica, aliada a outros argumentos apresentados ao longo da tese, a proposta central do trabalho. Sustenta-se que o processo transexualizador é bioeticamente inadequado, enquanto: não se respeitar a autonomia do transexual, no que se refere à realização (ou não) da cirurgia de transgenitalização; forem cerceados direitos das pessoas, pelo fato de serem transexuais; e não for assegurada a requalificação civil dos transexuais.

Palavras-chave: bioética – biopolítica – transexualidade – gênero – processo transexualizador.

ABSTRACT

A study of transsexuality, a complex phenomenon that deals with the transition of a person from one sex to the other one. This process is called trans-sexualizing by the Brazilian Ministry of Health and it concerns the set of medical procedures aiming the sexual redesign of the transsexual person. The main target of this thesis is to demonstrate that, due to the raising issues regarding the transsexual person, the current trans-sexualizing process is bioethically inadequate, especially in terms of his/her life in society. This is a theoretical study, and it has been done throughout bibliographical research. Foreign and Brazilian literature have been examined on the subjects of sexuality, sex, gender, heterosexuality, even in the media. The fields of Philosophy, Ethics, Bioethics, Medicine, and Law have contributed with an in-depth analysis of the theoretical issues brought up by the thesis. Specifically, the analysis of Law bibliography focused the jurisprudence of Brazilian courts of appeal regarding transsexuality, mainly on name and sex change petitions by transsexual persons whom have undergone trans-sexualizing process. Transsexuality itself has been examined in a field that has been defined by the interface among Sexuality, Bioethics, and Law. The Bioethics analysis of transsexuality does not consider it as a “phenomenon”, as something that might be perceived, but as an object resulting from the practices of moral agents and patients, *dispositifs*, politics and biopolitics, as it is conceived by Michel Foucault. Though the trans-sexualizing process may well produce good results through a medical perspective – regarding the transformation of a male body into a female one, and vice-versa – the social effects of this very same transformation might be quite perverse to the transsexual persons. Because transsexual persons are not automatically granted the change of their name and sex on their birth certificates, they have to petition to the Judiciary. Notwithstanding, such right of petition does not ensure them to reverse their civil status. Being deprived of that right of adjusting sex and name on their birth certificates worsens their discrimination and social exclusion, besides restricting some other rights to that population. In such cases, the transsexual person may well be identified as a *homo sacer*, as Giorgio Agamben names the ancient Roman Law figure that was condemned to live a “bare life”, that is, a life out of its context, in the space of “no-Law”. It is morally unacceptable to have transsexual persons living in such patterns, especially in an age that is also called as “the age of human rights”. With the help of other arguments demonstrated along this thesis, that same non-acceptance is justified by the core of this proposal. We hereby sustain that the trans-sexualizing process is bioethically inadequate for the transsexual person when his/her autonomy to undergo (or not) the transgenitalization surgery is not being respected; when the fruition of their rights is being restricted for the very fact that they are transsexuals, and when no sex and/or name change in their birth certificates are granted.

Keywords: bioethics, biopolitics, transsexuality, gender, trans-sexualizing process.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ADI** - Ação Direta de Inconstitucionalidade
- ADPF** - Argüição de descumprimento de preceito fundamental
- CFM** – Conselho Federal de Medicina
- CID** - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.
- CN-LGBT** – Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais.
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- DSM**- Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais
- FtM** – transformação da mulher (*female*) para homem (*male*)
- GLBT** – Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transexuais
- GLBTT** - Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- Glossário MS - Glossário do Ministério da Saúde** (projeto de terminologia em saúde)
- Glossário Temático: DST e AIDS** - projeto de Terminologia da Saúde, que se estrutura em função do desenvolvimento do Vocabulário Controlado do Ministério da Saúde (VCMS).
- HAS** - Haute Autorité de Santé
- LGBT** – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- MS** – Ministério da Saúde
- MtF**- transformação do homem (*male*) para mulher (*female*)
- PBSH** – Programa Brasil sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual
- Plano de Cidadania LGBT** - Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- STF** – Supremo Tribunal Federal
- STJ** - Superior Tribunal de Justiça
- SUS** – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. SEXUALIDADE	23
1.1. Sexualidade como dispositivo	23
1.1.1. A construção da sexualidade	23
1.1.2. O dispositivo da sexualidade	26
1.1.3. A concepção foucaultiana de <i>episteme</i>	29
1.2. Sexo, corpo e a diferenciação sexual	33
1.3. Sexo, gênero e a construção da noção de identidade	39
2. RELAÇÃO SEXO E GÊNERO E AS DIFERENTES SITUAÇÕES SEXUAIS	45
2.1. Efeitos da diferença entre os sexos: a matriz heterossexual	45
2.2. Discordâncias da matriz heterossexual: homossexualidade, bissexualidade, travestismo e transexualidade	52
2.3. Transexualidade	68
3. EFEITOS SOCIAIS DA TRANSEXUALIDADE	88
3.1. Transexualidade como questão de saúde	88
3.2. Efeitos civis da transexualidade	98
3.3. Transgenitalização como condição para a inclusão social	104
4. PROCEDIMENTOS DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL EM FACE DA BIOÉTICA	112
4.1. Medicalização da vida, da saúde e da sexualidade	112
4.1.1. Medicalização, biopolítica e transexualidade	116
4.2. Aplicação dos princípios bioéticos aos procedimentos médicos de redesignação sexual	124
4.2.1. Princípios bioéticos	124
4.2.2. Princípios bioéticos e o processo transexualizador	129
4.3. Moralidade do processo transexualizador	141
CONCLUSÃO	151
REFERÊNCIAS	157
ANEXO	170

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por objeto a transexualidade, um fenômeno complexo que diz respeito à transição que uma pessoa faz de um sexo para o outro, através do processo transexualizador, denominação dada pelo Ministério da Saúde ao conjunto de procedimentos médicos realizados para a redesignação sexual da pessoa transexual. O objetivo principal é demonstrar que o processo transexualizador é bioeticamente inadequado, em virtude dos problemas que dele decorrem para a pessoa transexual, especialmente no que tange a sua vida em sociedade.

O termo transexualidade tem nesta tese preferência sobre a palavra “transexualismo”, utilizada na área médica para designar o desvio psicológico permanente de identidade sexual, que constitui – ao ver médico – o fenômeno em exame. Adota-se a designação “transexualidade” por se acreditar ser efetivamente questionável sua inclusão no rol das desordens mentais, embora o tema da despatologização do fenômeno transexual não seja aqui analisado. Atende-se, assim, à denotação conferida pelos sufixos “dade” e “ismo”. O primeiro, formador de substantivos abstratos derivados de adjetivos, indicativos de ‘qualidade’, ‘caráter’, ‘atributo’, ‘o que é próprio de’, ‘modo de ser’, ‘estado’ (HOUAISS, 2001; FERREIRA, 2003); o segundo, usado em medicina para designar uma intoxicação de um agente obviamente tóxico, disseminando-se seu uso para designar movimentos sociais, ideológicos, políticos, opinativos, religiosos e personativos (HOUAISS, 2001).

Deve-se observar que a qualificação do transexualismo como um transtorno de identidade não é pacífica. Para Márcia Arán (2006, p. 50), esse entendimento decorre da concepção normativa do sistema sexo-gênero e da matriz heterossexual, que regulam a sexualidade, e que são aqui questionados. Por tal motivo, a expressão transexualismo é empregada apenas, quando vinculada a referências médico-psiquiátricas.

Esta é apenas uma das escolhas, das muitas que foram feitas na tese. A complexidade da matéria apresentou muitas alternativas, desde as relativas à terminologia a ser adotada, até os autores e temas a serem explorados. Houve especial cuidado com o emprego de palavras, como “transexual”, que é um adjetivo, mas que pode ser substantivada, para denotar a pessoa que apresenta, de modo permanente, incongruência entre seu sexo biológico e o gênero que vivencia socialmente. Ambas as possibilidades gramaticais são aproveitadas neste trabalho.

Emprega-se o termo neste trabalho para o indivíduo transexual masculino ou feminino, por ser substantivo ou adjetivo de dois gêneros (HOUAISS, 2001; FERREIRA, 2003).

Vários outros termos utilizados ao longo da tese apresentam significados diferentes, de acordo com o contexto em que são empregados e com a percepção que os autores têm ou dão aos mesmos. Houve a preocupação de indicar o significado adotado para as expressões que, por terem mais de um sentido, podem comprometer a compreensão do que foi escrito, e principalmente da argumentação trabalhada nos diferentes capítulos. Muitas delas exigiram esclarecimentos prévios, com base na literatura existente sobre o assunto.

Estão neste caso as palavras: a) “sexo”, (do latim *sexu*¹), substantivo masculino, tem vários significados, inclusive o de sexualidade (de *sexual*, pertencente ou relativo ao sexo, + [i]dade²), substantivo feminino, que expressa a qualidade de sexual, ou o conjunto dos fenômenos da vida sexual; sob a ótica médico-científica privilegia a constituição biológica do ser humano, e se refere ao conjunto de características (como o aspecto anatômico, cromossômico, gonadal) distintivas de macho e fêmea, correspondentes à qualificação de masculino e feminino, conforme se refira ao macho-homem ou à fêmea-mulher, respectivamente; mas que, sob a ótica sociológica, é uma construção variável no tempo, fruto de discursos científicos a serviço de interesses políticos e sociais, sendo utilizada como suporte físico para construção da identidade das pessoas; b) “gênero” que é uma construção cultural, elaborada para questionar o determinismo biológico, e que abre espaço para múltiplas interpretações do sexo; são significados culturais atribuídos ao corpo sexuado e, por conseguinte, não decorre de um sexo de maneira pré-determinada; é a concepção que permite reconhecer os procedimentos que são constitutivos do homem e da mulher, além dos limites biológicos, e que se manifesta na reiterada interpretação de uma série de atos, renovados, revisados e consolidados no tempo, a qual é imposta pelas práticas reguladoras da coerência do gênero, isto é, que determinam os comportamentos previstos e esperados para cada sexo; c) “sexualidade”, que se articula com a palavra sexo, algumas vezes como se tivesse o mesmo significado, em outras como uma formação ao mesmo tempo discursiva e institucional; como conjunto dos fenômenos da vida sexual se manifesta em várias dimensões, como a reprodução, o sexo biológico, o gênero e o sexo erótico, e se expressa através do modo pelo qual os indivíduos se comportam e tomam consciência de si mesmos; a dimensão que associa

¹ De acordo com Elen Soraia de Menezes (2007, p. 19), a etimologia da palavra sexo é seccionar, separar. No latim: *secessio, onis* (de *secedere*), ação de se retirar, de se separar. Cf. SARAIVA (1993).

² O sufixo (*idade*), do latim (*itate*), é formador de substantivos a partir de adjetivos, para indicar “qualidade”, “o que é próprio de”, cf. FERREIRA (1999).

o sexo e o gênero e, assim, atua diretamente na construção da identidade das pessoas, é a que foi objeto de maior aprofundamento na tese.

A não-conformidade entre sexo e gênero, que caracteriza a transexualidade, também pode ser uma psicose, conforme Márcia Arán (2006, p. 56). Contudo, como um dos pontos de sustentação da tese é o exercício da autonomia, não se cuida aqui da transexualidade como psicose, nem se discute sua existência ou não. Não há, por conseguinte, aprofundamento nas diferentes concepções sobre o transexualismo, existentes na psiquiatria, na psicanálise e na sexologia. Constata-se, porém, que as posições são extremadas. Deve-se salientar que as mais radicais, no sentido da psicopatologização, precisam ser melhor esclarecidas, para verificação da existência de comprometimento (ou não) da capacidade de discernimento da pessoa transexual, aspecto decisivo para o reconhecimento de sua autonomia, ou, em outras palavras, de sua capacidade para gerir sua própria vida. Admite-se que haja indivíduos que estejam neste caso, o qual merece apreciação específica. Cuida-se aqui de hipótese diversa, ou seja, dos indivíduos que, segundo o entendimento da medicina e da psiquiatria, têm um desvio de comportamento, mas não psicótico. Esta parece ser uma das preocupações do CFM, que na definição de transexualismo inclui, como um dos critérios mínimos, a ausência de outros transtornos mentais. A tese estuda o transexual que se submete ao processo transexualizador.

O trabalho que ora se apresenta é de natureza teórica e foi realizado através de pesquisa bibliográfica, que levantou publicações, nacionais e internacionais, inclusive na imprensa, sobre os temas diretamente envolvidos na tese. O levantamento bibliográfico compreendeu, preferencialmente, obras sobre filosofia, ética, bioética, medicina e direito, que permitiram a análise das questões teóricas envolvidas diretamente no estudo. Foi feito, em caráter complementar, o levantamento de obras sobre sociologia, que auxiliaram a compreensão da transexualidade no momento social atual.

O exame da bibliografia jurídica foi dirigido à jurisprudência existente nos tribunais superiores brasileiros sobre a transexualidade. O conteúdo dos textos judiciais foi submetido a uma categorização prévia e os dados obtidos nos julgados foram reunidos conforme seus significados comuns e, posteriormente, agrupados em categorias relacionadas ao objetivo proposto: investigar o posicionamento dos referidos tribunais em face dos pedidos de mudança de nome e/ou de sexo por parte de pessoas transexuais, submetidas ao processo transexualizador. O critério utilizado para escolha das categorias foi o dos motivos sobre os quais se estruturam as decisões judiciais, as quais, em última análise, traduzem a percepção da transexualidade mantida pelo poder judiciário, a qual orienta suas decisões. As categorias

foram alvo de um tratamento estatístico descritivo simples, traduzido através de percentuais e frequências, que se encontram em anexo à tese.

A transexualidade foi estudada no campo definido pela interface entre a sexualidade, a bioética, e o direito. Na análise bioética, a transexualidade é considerada não tanto como “fenômeno”, algo que se percebe, mas como objeto de práticas de agentes e pacientes morais, dispositivos, políticas e biopolíticas, como concebidos por Michel Foucault, algo distinto das práticas das pessoas transexuais, uma vez que só existe um problema eticamente relevante se houver uma práxis que envolve tais agentes e pacientes.

O significado inicial de sexo, como visto, está ligado à conformação particular que distingue macho e fêmea, nos animais e vegetais, atribuindo-lhes um papel determinado na geração e características distintivas certas (FERREIRA, 1999). Há, por conseguinte, uma origem “natural”, biológica, que talvez explique o porquê sexo e sexualidade sejam pressupostamente conhecidos e compreendidos como algo evidente, pelo senso comum. Esta presunção do sexo e da sexualidade como coisa “natural” e “evidente” também ocorre em alguns trabalhos acadêmicos, que, ao analisarem a sexualidade em um dos aspectos mencionados (por exemplo, o que diz respeito à orientação sexual³), pressupõem uma compreensão implícita do significado dos termos sexualidade e sexo, que é partilhada entre leitor e autor, como algo já sabido por ambos. Esta pressuposição, como observa Carole Vance (1995, p. 20), jamais explica as conexões culturais e históricas implicadas pela palavra, e acaba por obscurecê-las.

Percebe-se, também, que essa presunção de conhecimento acaba por deixar pouco precisa(s) a(s) área(s) da sexualidade envolvida(s) em cada estudo, quando considerada a diversidade dos fenômenos que integram o conjunto do que se pode denominar vida sexual. Fatores biológicos, médicos, psicológicos, culturais, históricos e sociais, que interagem entre si, estão presentes em cada uma dessas áreas. A predominância de um (ou mais) desses fatores nem sempre fica evidente ou é conhecida, o que pode comprometer a compreensão do leitor. É, por exemplo, o que ocorre com os transexuais, em que os fatores psicológicos (o sentimento do transexual de não pertencer ao seu sexo biológico) e sociais (o gênero que adota) prevalecem sobre sua constituição biológica, o que os colocaria, de plano, em uma situação não “natural”.

O estudo da sexualidade, como integrante do campo de análise da transexualidade, não pode preterir, portanto, os citados fatores, que foram dissecados nas obras de Michel Foucault,

³ Embora tal aspecto em nada comprometa a qualidade do trabalho, voltado para outros aspectos, é o que se constata, por exemplo, na obra **Família e sexualidade**. (HEILBORN, 2004).

as quais tratam da sexualidade, para seguir “o fio que, em nossas sociedades, durante tantos séculos ligou o sexo e a procura da verdade”. Refere-se o autor à verdade do sujeito humano, que junto com o devir da espécie humana, se aloja no sexo, a partir do cristianismo (FOUCAULT, 2003b, p. 229).

Michel Foucault é um dos marcos teóricos da tese. A análise de suas obras, especialmente **Ética, Sexualidade, e Política** (2004), **Microfísica do Poder** (2003b), **História da Sexualidade** (2006, 2003a e 2005), e **Vigiar e Punir** (2008), não segue uma ordem cronológica. Conforme a própria orientação do autor, procura-se o saber sobre a sexualidade, que possibilita compreender a transexualidade, “não em termos de repressão ou de lei, mas em termos de poder” (2006, p. 102). Trata-se não do poder formalmente instituído e centralizado, segundo formulações jurídicas, mas daquele que emana do “dispositivo de poder”, concepção foucaultiana que se refere à rede que se estabelece entre discursos, instituições, organizações arquitetônicas, toda sorte de regulamentos, e leis, que constituem um conjunto heterogêneo que tem função estratégica dominante sobre a sociedade e os indivíduos (2003b, p. 244). Assim sendo, o fenômeno complexo da sexualidade torna-se inteligível, em toda sua profundidade, a partir do momento em que é percebido como um dispositivo – o dispositivo da sexualidade – com o qual se imbricam o sexo e o gênero.

No campo da bioética, os marcos teóricos são os trabalhos de Fermin Roland Schramm, em particular, **A autonomia difícil** (1998), **Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização** (2008), e **A moralidade da transexualidade: aspectos bioéticos** (2005), que fornecem as ferramentas e analisam os problemas bioéticos envolvidos na transexualidade. A construção teórica base da tese se complementa com a obra de Giorgio Agamben, **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I** (2006), que apresenta o *homo sacer*, o ser humano “insacrificável”, mas “matável”, e que foi condenado a ter uma vida nua, isto é, a uma vida meramente biológica, separada da biografia e de seu contexto social e jurídico, pois “no *homo sacer* [...] nos encontramos diante de uma vida nua residual e irreduzível, que deve ser excluída e exposta à morte como tal” e porque “[a] vida sacra não pode de modo algum habitar a cidade dos homens” (AGAMBEN, 2006, p. 107). As conseqüências do processo transexualizador para o transexual, em muitos casos, permitem identificá-lo com esse *homo sacer* de Agamben, na medida em que passa a ser uma pessoa desprotegida que vive no espaço do “não direito”. Esta situação é moralmente inaceitável, especialmente na denominada “era dos direitos humanos”, e justifica, aliada a outros argumentos apresentados ao longo da tese, a proposta central deste trabalho: demonstrar que o processo transexualizador é bioeticamente inadequado, enquanto: não se

respeitar a autonomia do transexual, no que se refere à realização (ou não) da cirurgia de transgenitalização; forem cerceados direitos das pessoas, pelo fato de serem transexuais; e não for assegurada a requalificação civil dos transexuais.

A tese se encontra estruturada em quatro capítulos. Os dois primeiros procuram apresentar a sexualidade e o sistema sexo-gênero, que se complementa com a denominada matriz heterossexual, como o campo onde surge a transexualidade. No terceiro capítulo é feita a problematização da transexualidade como questão de saúde e os efeitos civis que resultam do processo transexualizador para a pessoa transexual. No quarto é feita a análise bioética dos procedimentos médicos para a redesignação sexual, que demonstra a inadequação bioética do processo transexualizador, como afinal se conclui.

De início realizou-se uma análise dos principais conceitos envolvidos na problemática transexual, de todo indispensável, posto que a análise conceitual constitui uma das ferramentas da bioética, que visa descrever fatos conflituosos de maneira fidedigna. Nesse sentido, a “sexualidade” foi examinada para identificar os elementos que a integram e permitem melhor compreender a transexualidade, termo que denota, em razão do prefixo “trans”, “movimento para além da” ou “através” da sexualidade. O fato da transexualidade perpassa a sexualidade em todas as suas já mencionadas dimensões.

Enfrenta-se, para começar, a polissemia do termo “sexualidade”, para estabelecer, não um conceito “original”, trabalho que exigiria uma pesquisa específica, de natureza filológica ou lingüística, mas uma delimitação de seus contornos, que possibilite traçar o perfil da transexualidade, para fins de debate da adequação bioética dos procedimentos de redesignação sexual, escopo desta tese. Examinam-se, por igual razão, do mesmo modo e para o mesmo fim, as expressões “sexo” e “gênero”, diretamente implicadas no conceito de sexualidade e de transexualidade, e ainda o papel do corpo nesse “movimento através da sexualidade”. Os conceitos acima apresentados para sexo, gênero e sexualidade foram fruto desse exame.

Constatou-se que, embora a binariedade dos sexos seja tida como “natural”, foi a partir do século XVIII que se estabeleceram dois sexos que deviam ser “estáveis” enquanto “opostos”. Desde então, o sexo passou a ter grande importância na constituição de papéis políticos, econômicos e culturais dos homens e das mulheres. A existência de dois sexos está diretamente relacionada com o surgimento da denominada “matriz heterossexual”, e suas implicações não só na classificação social dos indivíduos, como também na ordem do que é permitido ou proibido em uma determinada sociedade. Instaurou-se, também, um sistema de

regulação da sexualidade, que se preocupa apenas com o seu exercício: com quem, em que momento e segundo que modalidade se pratica sexo.

Data da mesma época o início de uma imensa preocupação dos médicos em delimitar precisamente as diferenças entre os sexos, com base numa distinção natural, física, à qual correspondia uma diversidade de características morais e psicológicas. Haveria, assim, um determinismo biológico, que aplicado às funções sociais atribuídas a cada sexo, marcou, desde então, o que compete socialmente a cada sexo, o que se traduziu mais tarde no conceito de gênero, que desde sua mais remota origem está atrelado à diferença entre os sexos, como uma decorrência “natural” desses. Contudo, como esclarece Butler (2003, p. 24), o gênero não resulta necessariamente do sexo e nem é aparentemente tão fixo quanto o sexo biológico. É uma construção cultural, que abre espaço para múltiplas interpretações do sexo: gênero são significados culturais assumidos pelo corpo sexuado e, por conseguinte, não decorre de um sexo de maneira pré-determinada. Existe, em conseqüência, grande complexidade no conceito de gênero, que não é um termo exaustivo, visto que nem sempre se constitui de maneira coerente ou consistente nos diferentes contextos histórico-sociais. Sexo e gênero revelam-se, assim, como conceitos “instáveis”, que são reelaborados no discurso das diferentes instituições sociais, cumprindo e mantendo a matriz heterossexual que confere “sentido às diferenças entre os sexos” (BENTO, 2006, p. 87).

A existência de dois sexos opostos pressupõe como conseqüência “natural” a coerência e continuidade entre o sexo (biológico), o gênero, a prática sexual e o desejo. Contudo, essa coerência nem sempre ocorre, fato que explicaria porque, desde o Iluminismo, há uma grande preocupação com a explicação científica da diferença entre os sexos, que conferiria estabilidade a essa diferença, e justificaria as regras dela decorrentes, que devem reger a sexualidade das pessoas em todas as suas dimensões.

Nesses termos, a heterossexualidade tem o papel de um complemento “natural” da coerência exigida entre sexo e gênero, dando origem a “heteronormatividade” que estabelece as regras sobre a sexualidade. Aqueles que não observam as regras da “matriz heterossexual” pagam um alto preço social, em geral traduzido através da discriminação e do cerceamento de direitos. O transexual, além da incoerência entre sexo e gênero, pode não ser heterossexual, fato que causa estranhamento e agrava seus problemas na sociedade. Mas a heterossexualidade também não é “natural”, como revela o estudo do seu surgimento. No capítulo segundo são examinadas as correlações entre sexo e gênero e as diferentes “situações sexuais” que divergem da matriz heterossexual. Por “situação sexual” entende-se, neste

estudo, a condição que é atribuída a uma pessoa, na sociedade em que vive, em razão do seu sexo biológico e/ou comportamento sexual que adota⁴.

Sob a denominação “situações sexuais” são examinadas as características da **homossexualidade**, do **travestismo**, da **bissexualidade**, e da **intersexualidade**, no intuito de fazer a distinção entre cada uma dessas situações e a **transexualidade**. Os conceitos médicos, psiquiátricos, sociológicos ou jurídicos existentes para cada uma das mencionadas situações são considerados, na medida em que podem fornecer elementos para a pretendida distinção. São especialmente destacados, em cada caso, os aspectos que revelam a inadequação das pessoas que se encontram nas citadas situações, não só aos comportamentos esperados de homens e mulheres, em função do seu sexo biológico, como também às práticas sexuais que devem corresponder ao seu sexo, quando considerado o modelo heterossexual. Desse modo, fazendo um contraste, torna-se possível traçar um perfil da transexualidade, não raro confundida com as demais situações enunciadas.

A análise das diferentes situações sexuais revela um aspecto que merece ser destacado: a fragilidade dos argumentos que são utilizados para tentar explicar as situações sexuais, de nítida natureza comportamental, exclusivamente com base em fatores biológicos ou psíquicos. Ainda que ambas as linhas de argumentação – a da medicina e a da psiquiatria - se esforcem para fazer prevalecer o sistema sexo-gênero e a matriz heterossexual, há “falhas” quando as regras desses sistemas são aplicadas a cada uma das situações, as quais abalam o determinismo biológico ou psíquico que se quer afirmar. Não obstante, boa parte da população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais) continua a integrar o quadro das anormalidades, com as graves conseqüências que daí decorrem. Neste quadro a transexualidade tem destaque.

Os efeitos sociais da transexualidade foram objeto do terceiro capítulo, no qual se procurou demonstrar que o reconhecimento do transexual como paciente portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, e o tratamento dos casos de transexualismo, não significaram a solução dos problemas que afligem os transexuais. Ao contrário, novos problemas se apresentam nas várias etapas que devem ser vencidas pelo transexual que busca o tratamento prescrito pelo CFM, a partir de 2002. Cada uma dessas etapas - que se iniciam com a obtenção do diagnóstico de transexualismo e se estendem pelo prolongado acompanhamento pós-operatório - apresenta especificidades, demanda tempo, mais ou menos

⁴ O verbete “situação” se refere ao “ato ou efeito de situar-se em relação a determinado ambiente; posição, localização” [...]. Em sentido figurado: “condição social, ou econômica, ou afetiva, emocional, em que alguém se acha.” (FERREIRA, 1999).

longo, de acordo com a receptividade (ou não) daqueles que prestam atendimento, e, sobretudo, expõe o indivíduo a toda sorte de constrangimentos e a humilhações.

O lançamento pelo governo federal em 2004 do Programa Brasil sem Homofobia teve marcante repercussão para os transexuais, ao tornar necessária a formulação de políticas e programas específicos para a melhoria da situação de vida da população LGBT, em especial ao aumentar a perspectiva da integralidade na atenção à saúde de seus integrantes. A instituição do processo transexualizador no âmbito do SUS, através de Portaria do Ministério da Saúde em agosto 2008, decorreu das estratégias de trabalho adotadas desde então. Mais do que cancelar a transexualidade como uma questão de saúde, a referida Portaria ratificou a integralidade da atenção à saúde aos indivíduos que se submetam ao mencionado processo. Contudo, a atenção à saúde do transexual ainda não é integral, pois não é possível haver um estado de completo bem-estar mental e social, enquanto não for assegurado o reconhecimento do novo estado civil do transexual.

Na verdade, a submissão ao processo transexualizador provoca o aumento dos constrangimentos, do estigma e a discriminação do transexual que não consegue obter judicialmente nova qualificação civil, mas já tem (ou está construindo) um corpo não condizente com seu sexo biológico. Deve-se lembrar que o Ministério da Saúde reconheceu, expressamente, “a orientação sexual e a identidade de gênero” como “fatores determinantes e condicionantes da situação de saúde”, na já mencionada Portaria que instituiu o processo transexualizador no SUS.

A real dimensão da gravidade do problema se revela quando se constata que em alguns casos, mesmo tendo havido a adequação cirúrgica da genitália, a alteração do nome e do sexo do transexual é negada judicialmente, em razão do apego ao determinismo biológico mantido por alguns julgadores. Cabe lembrar que a noção de gênero não é jurídica, e somente a partir das questões relativas à população LGBT passou a integrar, de modo não muito freqüente, os debates judiciais.

Além disso, há um problema maior, que está presente, no fundo do debate, mesmo quando autorizada a modificação do nome e do sexo do indivíduo. O sexo é fator determinante de direitos próprios do estado de homem ou de mulher. O sexo, atribuído no momento do nascimento é o elemento básico, considerado imutável, que estabelece a identidade do indivíduo e, por conseguinte, todos os seus direitos. Assim, admitir a alteração do sexo significa atribuir ao indivíduo todos os direitos próprios do novo sexo (no caso da mulher, por exemplo, os direitos relativos à maternidade ou a um regime de trabalho diferenciado) e, talvez mais “grave”, autorizar a prática de atos jurídicos para os quais se

exige a diferença de sexo, como o casamento. A possibilidade de ter filhos, facilitada pelas técnicas de reprodução assistida, já verificada nos Estados Unidos, causa, sem dúvida, grande estranhamento.

Pode-se observar que, embora a integralidade da atenção à saúde do transexual não mais restrinja, nem centralize a meta terapêutica na cirurgia de transgenitalização, a adequação da genitália mantém sua importância simbólica. É preciso adaptar o corpo do transexual aos requisitos do sistema sexo-gênero, o quanto possível. Mas isto põe em jogo a autonomia do indivíduo, que pode não querer realizar a transgenitalização. O transexual que não cumpre esta “regra” comete um grave desvio e será, em consequência, duplamente punido. Sofrerá todas as “pequenas” sanções sociais, que vão desde constrangimentos de toda ordem, humilhações, até uma severa discriminação que o confina em um dos muitos guetos destinados aos “anormais”.

Mais do que isso, o transexual que não modifica sua genitália se sujeita à sanção do poder judiciário, que lhe aplicará a “pena” – não prevista em qualquer lei – do não reconhecimento da identidade sexual que adota, em alguns casos mesmo tendo feito a transgenitalização, e, “com mais razão”, quando não a realiza. Vários dos seus direitos serão, em consequência, suprimidos. Nada disso é dito diretamente, nada é expreso, múltiplos e imprecisos são os argumentos invocados para aplicação da pena perpétua de negação da identidade, da condenação à vida nua, como revela a análise dos julgados que se realizou.

O homem ou a mulher que resulta do tratamento do transexualismo, embora seja um produto do saber biotecnocientífico, apresenta “riscos” para a ordem social estabelecida, quando insiste em ter comportamentos e práticas não “naturais” para sua condição. Afinal, casar, constituir família, e ter filhos são direitos que têm como pressuposto a heterossexualidade, praticada por indivíduos que respeitem “natural” e integralmente o sistema sexo-gênero. Há necessidade de defender a sociedade daqueles que constituem uma espécie de perigo “biológico” para os outros (FOUCAULT, 2006, p. 150). O transexual é uma ameaça à sociedade, um perigo para todos, portanto, é “legítima” sua “morte social”, que ocorre ao ser condenado à vida nua.

Não se deve esquecer que o sexo e a sexualidade, há bastante tempo, estão diretamente vinculados à idéia de saúde. No século XIX entendia-se que o sexo gerava doenças através das relações sexuais, e podia transmitir ou criar doenças para as gerações futuras. Tornou-se necessário administrar e controlar o sexo e sua fecundidade. Surgiu uma nova tecnologia do sexo, que passou a ser uma questão leiga, um negócio do Estado. A instituição médica passou a centralizar e a ordenar, desde então, toda tecnologia do sexo, que exige normalidade,

conforme determina o saber médico, até hoje. Contudo, houve a separação entre a medicina geral do corpo e a medicina do sexo, que cuida de enfermidades e processos patológicos, independentes de qualquer alteração orgânica. Constitui-se, desse modo, a medicina das perversões. Foucault (2006, p. 130) indaga, porém, o que terá permitido a permanência da articulação entre essas duas medicinas, surgidas no século XIX, por mais de um século? Para o autor, é possível que o indefinido prolongamento da tecnologia do sexo se deva precipuamente ao que denominou “medicação do sexo”.

A indagação de Foucault está ligada ao “fenômeno da medicalização” da vida ou da sociedade, iniciado na mesma época e que se intensificou no século XX. Ações consideradas “naturais” como comer, reproduzir, envelhecer, foram medicalizadas, isto é, explicadas, controladas e justificadas pela medicina, que tem **autoridade científica para determinar o comportamento das pessoas**. Instaurou-se assim o controle do comportamento humano através do controle médico-social, que atingiu fortemente a sexualidade. Nessa linha, o “transexualismo” foi patologizado e apropriado pelo poder-saber médico-psiquiátrico.

No quarto capítulo, foram feitas algumas reflexões sobre o processo de medicalização da vida, que permitem identificar algumas concepções de Foucault, especialmente quanto ao modo de funcionamento do “biopoder” e da “biopolítica”. O exame da relação entre a medicalização da sexualidade e a biopolítica, à luz dessas concepções, permite a aplicação dos princípios da bioética de forma não limitada aos procedimentos médicos em si, mas projeta seu alcance àquilo “que está em jogo” para o transexual que se submete ao tratamento médico, ou seja, o que ele ganha ou perde ao final do processo transexualizador.

Nessa linha interessam à bioética os efeitos que o processo transexualizador produz na vida do transexual, isto é, se ela passa ou não a ter as condições sociais mínimas para satisfazer suas necessidades básicas, deixando o estado de vulneração profunda em que se encontrava no início do tratamento. O caso do transexual interessa diretamente à bioética da proteção, entendida como uma “ética da responsabilidade social”, que deve servir de base para o Estado “assumir suas obrigações sanitárias para com as populações humanas consideradas em seus contextos reais, que são, ao mesmo tempo, naturais, culturais, sociais e ecoambientais” (SCHRAMM; PONTES, 2004, p. 1320-1321).

É certo que medidas para proteção da população LGBT já estão incluídas em nível de programa de governo; porém, como já observado, no caso dos transexuais, está posto em jogo o respeito à sua autonomia, no tocante à realização ou não da cirurgia de transgenitalização. Entretanto é preciso que não se subtraia seu poder de decisão, já que o transexual, embora vulnerado, é pessoa que tem capacidade civil e moral para recusar tal serviço, de acordo com

seu próprio entendimento. Assim sendo, deve-se ressaltar que o respeito à autonomia do transexual não exclui a aplicação da bioética da proteção, que não se confunde com o paternalismo, pois a proteção não é imposta.

O estudo da transexualidade aumenta a perplexidade em relação aos problemas que os transexuais enfrentam. A rigor, a transexualidade é um estado transitório, que acaba por se prolongar no tempo. Isto ocorre muitas vezes contra a vontade do transexual que tem por objetivo tornar-se alguém do sexo/gênero oposto ao que lhe foi atribuído, ao nascer, isto é, o transexual quer ser um homem ou uma mulher, com ou sem cirurgia de transgenitalização. Se este é o desejo do transexual, por que há tantos problemas nessa transição, ou seja, o que impede realmente a alteração do sexo de uma pessoa? Trata-se de um desejo, em princípio, moralmente legítimo, na medida em que não prejudica terceiros.

O debate sobre o transexualismo faz emergir os limites entre o individual (privado) e o coletivo (público). Trata-se, em última análise, de um questionamento sobre a liberdade (FRIGNET, 2002, p. 20). O transexual, como qualquer outra pessoa é livre, mas é também um produto do dispositivo da sexualidade, que o rejeita como tal, e o “convence” a valer-se do saber médico, para se tornar um homem ou uma mulher, único meio de ser percebido pelas regras de inteligibilidade do ser humano.

Segundo Foucault, a sociedade marcha “ao compasso da verdade”, dos discursos que ela produz e faz circular como verdade. Mas os discursos “verdadeiros” mudam incessantemente (FOUCAULT, 2003b, p. 231). A medicalização/desmedicalização de diversas situações da vida, como ocorreu com a homossexualidade bem o demonstra. A transexualidade é a “verdade” sexual de determinados indivíduos, mas essa verdade abala profundamente os discursos sobre sexualidade que funcionam como verdade.

Há duas “verdades” sobre a sexualidade: a) a biológica, que estabelece a forma do corpo, sobre a qual se estrutura o sistema sexo-gênero; e b) a psicanalítica, que avalia os comportamentos sexuais, determinando os que são ou não “verdadeiros”, isto é, conforme a matriz heterossexual estabelecida. O transexual se situa entre o determinismo biológico e o determinismo social e, simultaneamente, entre o interesse individual, que deve ser protegido, e o interesse coletivo, que deve ser defendido. No ponto de interseção de todas essas linhas – um não lugar - se encontra o transexual.

Esta “não-situação” do transexual, que possibilita sua “existência e invisibilidade” social (GUIMARÃES, 2009, 81-87), é possível no momento em que a biopolítica se alia a um biopoder potencializado pela biotecnociência, e torna a vida humana a aposta em jogo: a vida humana está nas mãos da política. A edição do Plano de Cidadania LGBT pelo governo

federal, sem dúvida, representa um avanço nas possibilidades de solução dos diversos problemas dessa população, mas tem o efeito simultâneo de colocar, na prática, as decisões necessárias exclusivamente nas mãos do poder estatal. O espaço de liberdade individual fica bastante reduzido, quando não anulado. Isto é o que ocorre com o transexual, que se submete ao processo transexualizador, e que luta agora para defender seu poder de decisão – exclusivo – quanto à realização ou não da cirurgia.

O que tem ocorrido, contudo, é a negação de fato desse espaço, e os transexuais que não realizam a cirurgia são condenados à vida nua. A razão que justifica a separação da vida do transexual do seu contexto, sua transformação num *homo sacer* contemporâneo, passa pelo exame da existência ou não de confronto entre o processo transexualizador e a moralidade. Procurou-se, assim, analisar tal questão através da bioética, que apresenta as ferramentas de tipo descritivo, normativo e protetor, que podem contribuir para o esclarecimento da existência (ou não) de justificativas para a exposição do transexual a uma vida nua. (SCHRAMM, 2005a, p. 1). Na parte final do capítulo quarto são examinados os conflitos que podem atingir o transexual, em particular os decorrentes das relações inter-individuais, do indivíduo com outros, que são moralmente relevantes, e os de natureza “supra-individual” ou “supra-coletiva”, que dizem respeito não só às relações entre o indivíduo e populações, mas também com instituições. Os conflitos “supra-individuais” são os relacionados ao direito e à moral, naquilo que contribuem efetivamente para definir a condição humana e o funcionamento dos sistemas, especialmente o jurídico (SCHRAMM, 2005a, p. 4).

O confronto entre os argumentos favoráveis e os contrários à moralidade do procedimento de redesignação sexual põe em destaque o princípio da autonomia, que efetivamente é o principal argumento – verdadeira condição *sine qua non* – que legitima moralmente a transexualidade e as intervenções médicas no corpo do transexual, feitas a título de tratamento. Constata-se também que não pode ser moralmente aceitável qualquer ação que resulte na retirada de direitos, ou pior, que transforme um ser humano em um *homo sacer*: “insacrificável”, como qualquer paciente que é resguardado pelo aparato legal e pelas normas éticas, mas “matável” socialmente, por qualquer representante do judiciário que, a seu critério e “impunemente”, lhe negue a identidade civil adequada.

Em conclusão, são reunidos os principais argumentos que demonstram que o processo transexualizador não afronta a moralidade, mas o modo atual de sua realização produz efeitos que o tornam bioeticamente (in)adequado, exatamente por não contemplar essas exigências mínimas da moralidade.

1. SEXUALIDADE

1.1. Sexualidade como dispositivo

1.1.1. A construção da sexualidade

O termo sexualidade surgiu tardiamente no início do século XIX e assinalou uma alteração de vocabulário, mas não a brusca emergência daquilo a que se refere, isto é, os vários fenômenos que a nova palavra abrangia não foram contemporâneos ao seu surgimento. O uso dessa palavra, segundo Michel Foucault, se estabeleceu em relação aos seguintes fenômenos: a “todo um recorte” de saberes diversos, que compreendem tanto os mecanismos biológicos da reprodução, como as variantes individuais ou sociais do comportamento; à instauração de um conjunto de regras e normas, tradicionais e novas, fundamentadas em instituições religiosas, judiciárias, pedagógicas e médicas; à alteração do modo como os indivíduos são levados a dar sentido e valor a sua conduta, aos seus deveres, prazeres, sensações, sentimentos e sonhos (FOUCAULT, 2003a, p. 9).

Como observa Marilena Villela Corrêa (1998, p. 69-91), não é possível identificar, a princípio, a existência de *um* discurso sobre o sexo e a sexualidade, tendo esta uma forte carga de ambigüidades e uma polissemia, que agravam o quadro de instabilidade das definições e categorizações. Não obstante, como esclarece Maria Andrea Loyola, a sexualidade constitui um dos pilares sobre os quais se assenta a própria sociedade, e está sujeita, por conseguinte, a normas, que variam de uma sociedade para outra, embora a sexualidade seja um fato universalmente observável. Sob o ponto de vista restrito à reprodução biológica, a sexualidade participa da criação da ordem social. Mas, é em decorrência do tabu do incesto, a mais básica e fundamental dentre todas as normas de interdição, que a sexualidade ultrapassa o aspecto puramente biológico da reprodução. Em razão da proibição do incesto, os casamentos são realizados entre integrantes de grupos sanguíneos diferentes, dando origem a laços naturais de aliança, os primeiros que podem ser classificados como sociais. Afora esse aspecto, o sistema de regulação da sexualidade preocupa-se apenas com o seu exercício: com quem, em que momento e segundo que modalidade (LOYOLA, 1998, p. 18-19).

Há várias dimensões na sexualidade, e para sua compreensão na contemporaneidade não é suficiente examiná-la, isoladamente, sob o ângulo do erotismo, do comportamento ou das práticas sexuais, da reprodução, da orientação sexual, da identidade sexual, e do gênero, denominação dada ao papel que deve ser representado socialmente pelos indivíduos, em razão

do seu sexo biológico, adiante analisado. É preciso que a análise, ainda que voltada para uma dessas dimensões, considere as constantes e contínuas interações com as demais, pois não há na sexualidade “departamentos” estanques. A sexualidade é, portanto, um fenômeno literalmente “complexo”, que não pode ser mutilado, embora sejam distintos seus vários aspectos

A sexualidade, em todas as dimensões acima citadas, tem especial importância como instrumento de reprodução social, ou seja, como um dos meios pelos quais as sociedades “continuam funcionando”, no que diz respeito à transmissão e aquisição de valores, normas e costumes, mas sem que haja alterações significativas neles, sem inovação, sem que se modifique substancialmente o legado recebido das gerações anteriores⁵ (GIDDENS, 2000, p. 33). Boa parte dos indivíduos, senão a maioria, não “produz” os valores, normas e costumes que influenciaram a construção de uma dada sociedade; a maioria desses indivíduos, na verdade, constitui um “produto” dos valores, normas e costumes, que, em geral, se limitam a reproduzir.

Embora cada um dos aspectos da sexualidade possa ser considerado uma área autônoma, todos se encontram intimamente imbricados entre si, motivo pelo qual não devem ser dissociados, especialmente no que diz respeito à reprodução social. Os indivíduos que não se limitam a reproduzir os valores, normas e costumes existentes e têm atitudes inovadoras, em particular no que respeita à sexualidade, interferem no processo de reprodução social e ensejam alterações significativas na sociedade; atingem, em consequência, o equilíbrio entre a reprodução e a transformação social, o que pode explicar, pelo menos em parte, a rejeição dos indivíduos inovadores por aqueles que se apegam ao legado das gerações anteriores.

Importantes transformações econômicas e sociais, como a incorporação da mulher ao sistema produtivo, possibilitaram a autonomização das referidas dimensões da sexualidade, que foi incrementada com o que se pode denominar “revolução biotecnocientífica” (SCHRAMM, 1996, p. 112). Tome-se como exemplo o advento da pílula anticoncepcional e das técnicas de reprodução assistida, que permitiram a desvinculação entre a reprodução e o sexo erótico e, num certo sentido, biológico, na medida em que possibilitaram, respectivamente, a relação sexual sem reprodução, de modo mais fácil e seguro, e a

⁵ Segundo Anthony Giddens: “A tarefa da sociologia é estudar o equilíbrio existente entre a reprodução social e a transformação social. O primeiro conceito se refere à forma como as sociedades ‘seguem funcionando’ ao longo do tempo; o segundo conceito se ocupa das mudanças que tais sociedades sofrem. A reprodução social acontece porque existe uma continuidade entre o que as pessoas fazem, dia após dia, ano após ano, assim como uma continuidade nas práticas sociais que elas seguem. As mudanças se produzem, em parte, porque as pessoas assim o querem e, em parte, pelas consequências que ninguém prevê ou deseja” (tradução livre) (GIDDENS, 2000, p. 33).

reprodução sem a relação sexual, incluindo até pessoas biologicamente impedidas de ter filhos em conjunto, como os casais homossexuais⁶.

Esclarece SCHRAMM (1996, p. 112) que a biotecnociência é um paradigma científico, que orienta o conhecimento dos fenômenos e processos vivos – chamados também de autopoieticos – e as intervenções que visam seu controle e transformação, do qual se originam as várias biotecnologias, que devem ser consideradas os produtos originados a partir do paradigma biotecnocientífico. Trata-se de um neologismo, formado pelos termos *bio* e *techne* (de origem grega) e *cientia* (de origem latina e tradução do grego *episteme*), que visa indicar a interação entre sistemas complexos como são os seres e ambientes vivos, o sistema técnico e de informação que permite agir sobre tais sistemas, e o tipo de saber e saber-fazer que se torna possível quando aplicado ao mundo vital. O paradigma biotecnocientífico refere-se, em particular, às atividades da medicina, da biologia amplamente entendida, dos dispositivos de informação e comunicação, da biopolítica, e a suas interações. Segundo o autor, a incorporação do paradigma biotecnocientífico no mundo vital (*Lebenswelt*) implica a emergência de novos questionamentos sobre as práticas humanas sobre a “vida”, entendida tanto em seu sentido orgânico (e que pode ser indicada pela raiz grega *zoé*), como em seu sentido propriamente humano, que inclui as dimensões simbólicas, imaginárias e técnicas, tendo em vista a qualidade da vida humana (ou bem-estar) amplamente entendida. A análise e ponderação de tais questionamentos é tarefa da forma de ética aplicada conhecida como bioética, a qual tem também um papel normativo (em parte compartilhado com o direito) e, segundo alguns autores, um papel de dar amparo (por meio de políticas públicas) aos atores envolvidos, de acordo com o grau de risco e os perigos sofridos ou suscetíveis de sofrer. Por isso, pode-se falar em **paradigma bioético**. (HOTTOIS, *apud* SCHRAMM, 1996, p. 115).

As distintas dimensões da sexualidade foram analisadas por Michel Foucault, que demonstrou a necessidade de se considerar a diversidade dos fenômenos biológicos, médicos, psicológicos, culturais, históricos e sociais, que interagem entre si na constituição do conjunto que se pode denominar vida sexual. Por conseguinte, esta perspectiva não pode ser preterida, em particular no estudo da transexualidade, pois, como observa Maria Luiza Heilborn (2005, p. 10), ao se colocar o sexo como a verdade última de cada indivíduo, é desarmada a possibilidade de equacionar a sexualidade exclusivamente como natural: “ela é arbitrária,

⁶ Um casal homossexual masculino conseguiu registrar como seus filhos gêmeos gerados com material genético de ambos, utilizando uma mãe substituta para a gestação, conforme noticiado na Tribuna do Advogado, dezembro/2006. Casos mais recentes dizem respeito a lésbicas que tiveram igualmente filhos com material genético próprio, fazendo uma delas a gestação e que lutam, no momento, para obter o registro civil das crianças como filhos de ambas. (LIMA, 2009).

socialmente condicionada e aprendida”. Para a autora, a família e a sexualidade participam do processo de individualização, da construção da identidade de cada indivíduo.

De fato, a vinculação entre sexo (como algo que pertence ao real) e a “procura da verdade” sobre ele (que pertence em princípio ao simbólico, mas também concretamente ao imaginário) é muito complexa, e induz a imaginar que existiria algo como um verdadeiro sexo (objeto de ciência), distinto da sua percepção, que é múltipla, de acordo com os interesses envolvidos no ponto de vista adotado. Este tipo de distinção tem efeitos importantes na construção dos vínculos (tidos como verdadeiros e bons) que se estabelecem entre a conformação física do indivíduo e o comportamento (social e sexual) que necessariamente deve adotar. Os transexuais agridem essa “verdade” e são, em consequência socialmente punidos, como adiante demonstrado.

1.1.2. O dispositivo da sexualidade

Três concepções de Foucault devem ser consideradas, para fim de análise da sexualidade: o supersaber, o dispositivo de sexualidade e a *episteme*.

Foucault, em 1978, ao expor uma das etapas das hipóteses do trabalho que desenvolvia na época - “uma espécie de história da sexualidade”⁷ (FOUCAULT, 2004, p. 57) – declarou-se surpreendido com um fenômeno que denominou “supersaber” sobre a sexualidade. O “supersaber” é um saber excessivo, ampliado, ao mesmo tempo intenso e extenso da sexualidade, não no plano individual, mas nos planos cultural e social, em formas teóricas ou simplificadas (FOUCAULT, 2004, p. 57-59).

Conforme esclarece Foucault, em fins do século XIX, havia um “duplo fenômeno”, muito importante, nas sociedades ocidentais: o desconhecimento da sexualidade pelo próprio sujeito e o “supersaber” sobre a sexualidade na sociedade. No nível individual, o fenômeno se manifestava especialmente na histeria, no desconhecimento do próprio desejo; ao mesmo tempo havia uma produção teórica, especulativa, analítica sobre a sexualidade, no nível social.

Embora os fenômenos não fossem contraditórios, Foucault indagava como era possível haver esse tipo de produção no plano cultural geral e, ao mesmo tempo, um desconhecimento do indivíduo sobre sua sexualidade. Em sua História da sexualidade (FOUCAULT, 2006), o autor procurou analisar a sexualidade a partir da superprodução que

⁷ Esclarecimento do autor que complementou a frase: “[...] que, com a maior imprudência, prometi que teria seis volumes.” (FOUCAULT, 2004, p. 57).

sobre ela realizara o saber coletivo. Segundo Foucault, é surpreendente a rapidez com que os discursos sobre a sexualidade assumiram precocemente uma forma “científica”, embora nem sempre de modo racional e com observância de critérios necessários para obtenção da verdade científica. Na teologia moral da Idade Média e do século XVII, e no que se poderia chamar de psicologia do século XVIII, Foucault (2004, p. 60-61) encontrava profunda especulação sobre o que era a sexualidade, o desejo, a concupiscência, que demonstra a tentativa de se fazer uma ciência sexual (*scientia sexualis*), que buscava “a verdade dessa coisa que, no indivíduo, é seu sexo ou sua sexualidade”.

A *scientia sexualis*, preponderante nas sociedades européias, preocupava-se com a verdade do sexo, enquanto os igualmente extensos e abundantes discursos das sociedades orientais visariam definir a arte de proporcionar o melhor e maior prazer sexual (*ars erotica*), que existira na Grécia antiga e em Roma, mas se tornara completamente diferente a partir da Idade Média. Foucault se indagava sobre a razão pela qual as sociedades ocidentais tiveram tanta necessidade de uma ciência sexual, porque preferiram saber a verdade sobre o sexo, em lugar de atingir a intensidade do prazer (FOUCAULT 2006, p. 65-66). Em sua “História da Sexualidade”, Foucault (2004, p. 62) tratou da história dessa ciência.

Tradicionalmente a história da sexualidade no Ocidente refere três períodos: a) o da Antiguidade greco-romana, no qual a sexualidade se desenvolvia e expressava livremente, sustentando o discurso sobre a *ars erótica*; b) o do estabelecimento do cristianismo que colocou grande interdição à sexualidade, proibindo o prazer, e por via de consequência o sexo; e c) o do surgimento da psicanálise, com Freud, no fim do século XIX, que trouxe a debate a oposição entre o normal e o patológico no que diz respeito à sexualidade (JORGE, 2007, p. 30). O período de interdição teria acarretado o silêncio sobre a sexualidade, fundado essencialmente em proibições morais, que foram reforçadas pela burguesia do século XVI, que manteve a “recusa cristã da sexualidade”. Apenas em fins do século XIX se iniciou o desvelamento da sexualidade com Freud. Nesse tipo de abordagem histórica a responsabilidade pela repressão é, portanto, atribuída ao cristianismo.

Foucault (2004, p. 63) critica esse esquema histórico da sexualidade, que encadeia a repressão, a interdição com a rejeição, exclusão e recusa, e atribui a responsabilidade por essa grande recusa ocidental à sexualidade ao cristianismo. Em oposição à moral pagã (grega ou romana), a moral cristã teria imposto a regra da monogamia, a reprodução como função exclusiva da sexualidade e a desqualificação do prazer sexual, que seria um mal a ser evitado. Fatos históricos revelam, porém, que esses três grandes princípios da moral cristã existiam em Roma, antes do cristianismo, em razão de uma moral de origem estoíca, baseada em estruturas

sociais, ideológicas do Império Romano. O cristianismo não é, portanto, responsável pelas restrições à sexualidade que normalmente lhe atribuem⁸ (FOUCAULT, 2004, p. 64).

Coube ao cristianismo, no entanto, introduzir “novas técnicas”, para impor a repressão, propagada pela moral cristã. O papel importante do cristianismo não foi, na verdade, no campo das idéias morais, das proibições éticas, mas no campo do poder, do conjunto de novos mecanismos para impor as regras morais que existiam antes do momento em que o cristianismo penetrou no Império Romano e se tornou a religião oficial do Estado.

A idéia de que a função principal do poder é a proibição difundiu-se bastante. Contudo, para Foucault, nas sociedades ocidentais se desenvolveram procedimentos e técnicas de vigilância e controle do comportamento dos indivíduos, que não têm como função essencial proibir. A interdição e a punição, certamente presentes, conferem eficácia e solidez ao poder que, na verdade, procura intensificar e multiplicar seu objeto de controle. No caso do dispositivo de sexualidade, há uma produção intensa e ampla de discursos científicos e institucionais sobre sexo e sexualidade, embora sobre eles existam inúmeras interdições. Esse tipo de procedimento é mais evidente na moral cristã, a partir do século XVI, onde se constata uma verdadeira obsessão com relação à sexualidade (FOUCAULT, 2004, p. 76-77).

Os mecanismos de controle não negam, nem excluem a sexualidade, mas a partir dela organizam todo um dispositivo complexo de poder, que trata da maneira pela qual os indivíduos se comportam e tomam consciência de si mesmos. Entende Foucault (2004, p. 76) que a sexualidade é um dos procedimentos que individualiza as pessoas, aquele que obriga “as pessoas a se associar com sua identidade na forma da subjetividade”, não sendo, portanto, um elemento que se possa excluir do indivíduo.

O poder para Foucault não é regularmente constituído, como um Estado; seu objetivo não é criar uma teoria do poder, saber sua origem ou o seu destino, mas sim demarcar o conjunto heterogêneo que engloba os elementos do dispositivo, a saber: discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentadoras, leis, enunciados científicos, filosóficos.

O **dispositivo** é a rede que se estabelece entre esses elementos, que são “em suma, o dito e o não dito”, isto é, tudo que é expresso, claro, e tudo o que está implícito ou oculto. A relação que se estabelece entre esses elementos é estratégica, e tem natureza de um jogo, em que se alteram posições e funções. O dispositivo tem uma função estratégica dominante, na medida em

⁸ O autor se baseou no trabalho de Paul Veyne, historiador que realizou uma série de estudos sobre a sexualidade no mundo romano antes do cristianismo. (FOUCAULT, 2004, p. 64).

que responde a uma urgência, em dado momento histórico, tendo, portanto, um tipo de gênese⁹. Há uma manipulação, uma intervenção racional e organizada nas relações entre os elementos do dispositivo, para que se desenvolvam na direção desejada. Assim, o dispositivo está sempre inscrito num jogo de poder, e ligado a configurações de saber que o sustentam, mas que são simultaneamente por ele sustentadas (FOUCAULT, 2003b, p. 244-245).

1.1.3. A concepção foucaultiana de *episteme*

A menção a configurações de saber acima remete à *Episteme (épistémé)*, um dos “conceitos especificamente foucaultianos”, como observa Edgardo Castro (2009, p. 17). Trata-se de um dispositivo estratégico, especificamente discursivo, e, portanto, diferente do dispositivo em sentido mais amplo (dentro do qual a *episteme* está compreendida), que é heterogêneo e tem elementos discursivos e não discursivos. No dispositivo, Foucault vai além do discurso; na *episteme* procura os elementos que intervieram em uma racionalidade, em uma organização, e reúne enunciados de diferentes naturezas (filosóficos, científicos) e de autores diversos (alguns desconhecidos e outros práticos que teorizam)¹⁰.

De fato há mais de uma concepção de *episteme* nas obras de Foucault. De início, é monolítica (**As palavras e as coisas**), descritiva das relações que existiram em determinada época entre os diferentes domínios do saber, como um olhar horizontal entre esses. Passa, depois, a ser mais aberta (**A arqueologia do saber**), sendo construída a partir de outras noções, como formações discursivas, enunciados, sob um ponto de vista arqueológico. Cabe lembrar que a **arqueologia** é outro conceito foucaultiano, que se refere às condições históricas de possibilidade do saber, que dependeriam da “experiência desnuda da ordem e de seus modos de ser”. Tais condições constituem exatamente o objeto da análise arqueológica de Foucault, a qual, afastada do sentido tradicional, não trata dos conhecimentos descritos segundo seu valor racional ou sua objetividade (CASTRO, 2009, p. 139-140, 40-41). A análise arqueológica consiste em “descrever a constituição das ciências humanas a partir de uma inter-relação de saberes, do estabelecimento de uma rede conceitual que lhes cria o espaço de existência”, afastando deliberadamente as relações entre os saberes e as estruturas econômicas e políticas (MACHADO, 2003b, p. ix).

⁹ O autor cita como exemplo a absorção de uma população flutuante considerada incômoda por uma economia essencialmente mercantilista, dando origem a um dispositivo de controle-domação da loucura. (FOUCAULT, 2003b, p. 244).

A *episteme* foi definida por Foucault (2003b, p. 247) como:

o dispositivo estratégico que permite escolher, entre todos os enunciados possíveis, aqueles que poderão ser aceitáveis no interior, não digo de uma teoria científica, mas de um campo de cientificidade, e a respeito de que se poderá dizer: é falso, é verdadeiro. É o dispositivo que permite separar não o verdadeiro do falso, mas o inqualificável cientificamente do qualificável.

Nos textos dedicados à cultura de si mesmo (**A hermenêutica do sujeito**), o termo *episteme* é usado como sinônimo de saber teórico e prático (CASTRO, 2009, p. 139-140).

De acordo com Michel Bozon (2004, p. 119-120), nas últimas décadas do século XX houve a passagem de uma sexualidade estruturada através de controles e disciplinas externos aos indivíduos, para uma sexualidade organizada por disciplinas internas. Os controles sociais passaram a exigir dos indivíduos comportamentos responsáveis e coerentes em suas experiências íntimas. Ao contrário da idéia corrente, mantida pelo senso comum, da ocorrência de uma “revolução sexual”, que teria revogado as obrigações e normas existentes sobre sexualidade, as mudanças contemporâneas fizeram emergir uma nova normatividade das condutas sexuais¹¹. Isto não significa, porém, que tenha havido uma radical modificação das posições dos homens e das mulheres quanto às questões relativas à sexualidade, à parentalidade e à família, nem dos juízos de valor sobre seus comportamentos.

A nova normatividade está ligada a um grande número de mudanças sociais¹². Em lugar da transmissão de princípios absolutos, intocáveis, por instituições externas aos indivíduos, multiplicaram-se as fontes de informação e de emissão de normas difusas sobre sexualidade. A mídia, a psicologia vulgarizada, a escola, as pesquisas sobre sexualidade, as campanhas de prevenção, as abundantes representações explícitas da atividade sexual, que abalam o consenso sobre a diferença entre erotismo e pornografia, tudo isso que atinge amplamente públicos diferentes, tem, porém, baixo poder de controle sobre os comportamentos, em razão da ausência de instrumentos de fiscalização e sanção eficazes (BOZON, 2004, p. 122-124).

¹⁰ Jacques-Alain Miller, em seu diálogo com Foucault, observa que a mistura ou ordenação de enunciados de tipo muito diferente e de autores obscuros e práticos que teorizavam nas *epistemes* causava surpresa. Ver FOUCAULT (2003b, p. 246).

¹¹ Menciona o autor como mudanças sociais a difusão da contracepção médica, que fez diminuir o peso da gravidez não intencional, e permitiu o surgimento de novas formas de experiência sexual; o declínio da autoridade e legitimidade moral das gerações adultas, em virtude da extensão da escolaridade, e da instituição familiar, substituídas por redes de pares e amigos; o aumento da visibilidade da homossexualidade, fruto dos movimentos sociais, como o dos “gays” e da legitimação jurídica das uniões civis de pessoas do mesmo sexo; a epidemia de AIDS, que produziu efeitos diretos sobre a maneira de viver a sexualidade. (BOZON, 2004, p. 119-120).

¹² Serve de exemplo a aprovação na França, em 1999, do PACS (Pacto Civil de Solidariedade), contrato assinado entre duas pessoas de mesmo sexo ou não, para organização da vida em comum, especialmente no que diz respeito a direitos e obrigações mútuas, de natureza material ou pessoal (MARTIN; THÉRY, 2001).

A efetividade da nova normatividade se verifica nas relações interpessoais, no funcionamento intrapsíquico, isto é, em controles praticados e interiorizados pelos indivíduos, os quais são elaborados na interação com os parceiros e/ou nas redes de amigos e confidentes. A medicalização da sexualidade tem também papel importante na efetividade das novas normas, na medida em que os problemas sexuais deixaram de ser primordialmente questões morais, sendo antes de tudo relacionados ao bem-estar, à saúde, que necessariamente envolve a saúde sexual. Paralelamente, há uma demanda crescente de significação e de interpretação da atividade sexual, visto que esta traduz o resultado de uma atitude cada vez mais reflexiva dos indivíduos, que atribuem um sentido a sua sexualidade e o inscrevem em sua biografia, processo denominado por Michel Bozon de “orientações íntimas”. Há um alto grau de exigência de autonomia dos indivíduos, que são compelidos ao autoconhecimento, a um enorme “trabalho sobre si”, para que possam tentar dar coerência a suas condutas, ou seja, atender à exigência social de que as práticas sociais e representações de si correspondam aos conjuntos normativos diferenciados, sob os quais se formam os juízos de valor, bastante severos, sobre o indivíduo (BOZON, 2004, p. 136-139). Há, ainda, normas resultantes da medicalização da sexualidade, que estabelecem definições técnicas do que deve ser o bom funcionamento sexual, e acabam por reforçar, ainda que indiretamente, as prescrições normativas do que é feminino e masculino.

A nova normatividade produz, assim, uma série de injunções contraditórias, as quais, não obstante preservem a posição tradicional de cada um na ordem dos sexos, obrigam o indivíduo a viver sua vida sexual como um compromisso livre. Ainda para Bozon (2004, p. 125), essa é uma das características mais frequentes dos discursos sobre a sexualidade nas últimas décadas do século XX e que define a experiência contemporânea da sexualidade.

Tais considerações nos remetem a Michel Foucault, ao mencionar o sistema de autocontrole da sexualidade, através da técnica do exame de consciência. No constante trabalho de auto-conhecimento, na atitude reflexiva, na busca da coerência de suas atitudes, os indivíduos estão submetidos permanente e imediatamente, não apenas ao controle religioso, ainda presente para muitos, mas à fiscalização do meio social em que vivem, que lhes cobra a fiel observância dos conjuntos normativos diferenciados estabelecidos.

Ao se considerar a sexualidade como um dispositivo de poder fica esclarecida a razão da dificuldade de sua conceituação, o porquê da existência de vários discursos sobre o sexo e a sexualidade, as ambigüidades, a polissemia. As dificuldades existentes revelam, na verdade, que a sexualidade se traduz no conjunto heterogêneo do “dito e do não dito”, no jogo que se estabelece entre os elementos desse conjunto, na rede de micro-relações de poder que servem

de suporte e viabilizam as grandes estratégias de poder, na *episteme*, como concebida por Foucault. Em síntese, a sexualidade se expressa, em toda sua amplitude, como dispositivo de poder e, como tal, a rigor, não pode ter **um** conceito, **uma** definição, mas tantos quantos forem os dispositivos de poder efetivamente imbricados na sua constituição. Cabe lembrar que o poder não existe como uma realidade (na concepção de Foucault), não tem natureza, essência, ou características que permitam sua definição; não é algo unitário e global, não é uma coisa, ou um indivíduo; manifesta-se exclusivamente em formas heterogêneas e díspares, e está em constante transformação: “é uma prática social e, como tal, constituída historicamente” (MACHADO, 2003b, p. x).

No mesmo sentido, Maria Andrea Loyola destacou a dificuldade de se obter uma visão unívoca da sexualidade, em decorrência dos diferentes ângulos de abordagem que dela podem ser feitos, e dos variados conceitos utilizados, não raro para legitimar realidades de ordem diferente da sexualidade. Para a autora, trata-se de um campo a ser delimitado, um objeto em pleno processo de construção (LOYOLA, 1998, p. 8-9). Tais considerações demonstram a pluralidade de conceitos encontrados na literatura sobre o tema, e a diversidade de estudos da sexualidade, realizados em diferentes campos do saber, que a examinam em relação à família, à constituição da subjetividade, à identidade individual e social, à atividade sexual, à moral, e, sobretudo, à saúde.

No que concerne ao “supersaber”, a partir da leitura de Foucault, verifica-se que este saber se intensificou, ganhou “consistência epistemológica”, através da “medicalização” da sexualidade, a qual teve grande desenvolvimento, a partir da psicanálise de Sigmund Freud. Isto não significa que esse saber excessivo tenha, pelo menos de imediato, se verificado no plano individual, o que talvez só haja ocorrido efetivamente ao longo do século XX, especialmente com os movimentos feministas, homossexuais e LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), ainda em curso.

Como observou Foucault, com rapidez surpreendente, os discursos sobre a sexualidade assumiram precocemente uma forma “científica”, nem sempre de modo racional e com observância de critérios necessários para obtenção da verdade científica. Especialmente no século XX, esse problema que vem sendo atenuado, graças à crescente medicalização da sexualidade, que se transformou numa questão de saúde, e, como tal, passou a se submeter aos rigores da ciência.

1.2. Sexo, corpo e a diferenciação sexual

De acordo com Foucault, o dispositivo da sexualidade não se aplicou inicialmente ao sexo, mas ao **corpo**, aos órgãos sexuais, ao prazer (para fins de controle), à reprodução, às relações de aliança, às relações inter-individuais. Portanto, o **sexo** surge como um conjunto heterogêneo, um dispositivo, produzido pela sexualidade, como elemento essencial do seu próprio discurso. A noção¹³ de sexo aparece durante o século XIX, após a idéia de sexualidade que existe a partir do século XVIII, sem esta denominação. Antes do século XVIII havia a **carne** (FOUCAULT, 2003b, p. 259).

O conceito de carne tem origem religiosa, e se fortaleceu na tradição cristã. No Novo Testamento, é algo diferente do corpo - é a aversão ou a resistência à lei de Deus, e, em consequência, tem a ver com o pecado ou com a orientação para o pecado. Este sentido incorporou-se à linguagem comum e à pregação moralista. No sentido de “representação do conjunto dos instintos da vida animal”, opõe-se ao espírito, entendido como uma das acepções de alma, seja como imagem da divindade, seja como uma realidade distinta do corpo (LALANDE, 1999, p. 44 e 327).

A carne, portanto, não se confunde com o corpo, manifesta-se nele, mas pertence à ordem do desejo, é a concupiscência, a libido, a raiz do pecado. A carne é o corpo conquistado pela libido (CASTRO, 2009, p. 68-69).

A cronologia construída por Foucault, que parece um tanto invertida ao colocar a aplicação do dispositivo da sexualidade ao corpo e posteriormente ao sexo, se inicia em fins do século XVIII com a imensa preocupação dos médicos em delimitar precisamente as diferenças entre os sexos. Surge uma verdadeira “ciência da diferença”, que estuda a distinção natural, biológica, pré-determinada entre os sexos. A distinção física corresponderia também à diversidade de características morais e psicológicas. Igual determinismo era aplicado às funções sociais atribuídas a cada sexo (ROHDEN, 2004, p. 183). Marcou-se, desde então, o que compete socialmente a cada sexo, o que se traduziu mais tarde no conceito de gênero, que desde sua mais remota origem está atrelado à diferença entre os sexos.

¹³ *Noção* parece, no caso, o termo mais adequado. De acordo com Maria Cecília de Souza Minayo, a palavra “*noção* ocupa um lugar inferior ao termo *conceito*, para definir uma idéia, um fenômeno, um processo menos elaborado; a palavra *conceito* vem de *concepção*, isto é, está vinculada à subjetividade referindo-se a algo humanamente construído para explicar fenômenos e processos. O termo *conceito* remete, porém, a uma refinada elaboração histórica e teórica, por isso diz respeito aos pilares do discurso científico. Ao contrário, *noções* dizem respeito aos elementos de uma teoria que ainda não possuem clareza suficiente para alcançar o *status* de conceito e são usados como “imagens” para explicações aproximadas do real.” (MINAYO, 2006, p. 176-177).

Antes da “ciência da diferença”, durante milhares de anos, acreditou-se que as mulheres eram “homens virados para dentro”, isto é, tinham a mesma genitália dos homens, só que dentro do corpo e não do lado de fora: a vagina era um pênis interno, os lábios o prepúcio, o útero o escroto e os ovários os testículos. No século II d.C, as mulheres eram essencialmente homens, que por falta de calor vital, tinham uma imperfeição: a retenção interna das estruturas visíveis no homem. Durante dois milênios os ovários não tinham um nome específico (LAQUEUR, 2001, p. 16-18).

A partir de 1800, os escritores se dedicaram a expressar as diferenças biológicas constatáveis entre homem e mulher, a relatar a série de oposições e contrastes entre o homem e a mulher, a fazer com exatidão as distinções corporais. O modelo antigo que classificava homens e mulheres, de forma hierárquica, de acordo com o grau de perfeição física, foi substituído, no final do século XVIII, pelo dimorfismo radical: a divergência biológica podia ser demonstrada não apenas na parte visível dos corpos, mas também nos microscópios. A fisiologia celular explicava o fato das mulheres serem passivas, conservadoras e indolentes, diferentes dos homens, dotados de células que despediam energia. A diferença sexual se dava pela espécie, solidamente baseada na natureza, e não mais pelo grau de perfeição (LAQUEUR, 2001, p. 16-18).

Estabeleceram-se, assim, em fins do século XVIII, dois sexos estáveis e opostos, e desses “fatos biológicos” decorriam “naturalmente” os papéis políticos, econômicos e culturais dos homens e das mulheres. O corpo biológico estável, não histórico e sexuado, era o fundamento epistêmico das afirmações consagradas da ordem social. Como revelam títulos de várias obras da época, o sistema físico da mulher era tratado ao lado de sua moral, contrariando a visão científica da natureza e da própria cultura.¹⁴ (LAQUEUR, 2001, p. 18).

Thomas Laqueur observa não ser possível ler os textos antigos relativos ao corpo sob a ótica iluminista, visto que, para o leitor moderno, as narrativas sobre os corpos são fantásticas: homens amamentavam, meninas tornavam-se meninos, homens que se associam a mulheres intensamente perdiam a definição de seus corpos perfeitos. Para o autor, o sexo e o corpo, nos textos pré-iluministas, devem ser compreendidos como um epifenômeno do gênero, que era primário ou “real”. O gênero – homem e mulher – fazia parte da ordem das coisas, e o sexo era convencional. No modelo do sexo único, gênero e sexo estavam ligados por um círculo de significados: “ser homem ou mulher era manter uma posição social, um lugar na sociedade, assumir um papel cultural, não ser organicamente um ou o outro de dois sexos

¹⁴ O autor cita como exemplos: “Système physique et moral de la femme”, de Roussel, “Etudes du physique et moral de la femme”, capítulo de Bracheg, in Sex, obra de Thompson e Geddes. (LAQUEUR, 2001, p. 18).

incomensuráveis”. O sexo era, portanto, “uma categoria sociológica e não ontológica, antes do século XVII” (LAQUEUR, 2001, p. 19).

Com efeito, Aristóteles, ao tratar da administração da casa (*oikonomike*), esclarecia que o homem e a propriedade são os elementos da casa (*oikos*). Com relação ao elemento humano, o primeiro cuidado é com a mulher, visto que a vida em comum da fêmea e do macho constitui a situação mais natural, que tem por fim não só a existência, como o bem-estar, conforme dispôs a divindade. Homem e mulher são diferentes por possuírem capacidades e tarefas distintas, por vezes opostas, embora destinadas a um objetivo comum. Um sexo é mais forte, para ter mais energia e coragem para repelir os ataques, buscar fora o sustento da casa, ter atividades agitadas, e as ocupações mais honrosas (agricultura, exploração mineira, trabalhos artesanais). O outro é mais débil, para que o receio o torne cauteloso, e zele pelo interior da casa, seja propenso à vida sedentária, à quietude, e sem forças para vida ao ar livre. Ambos participam da procriação, mas com função própria: à mulher compete a alimentação, ao homem a educação (ARISTÓTELES, *Econômicos*, livro 1).

Verifica-se, assim, que desde a Antiguidade os papéis de gênero estavam delineados e tinham maior ênfase do que os aspectos corporais, uma vez que a diferença entre homem e mulher se devia ao fato de possuírem capacidades e tarefas distintas, como determinara a divindade. Muitas dessas atribuições se mantêm na contemporaneidade, e em muitas culturas o cuidado da casa cabe à mulher, ainda reconhecida como sexo frágil.

Na passagem do entendimento antigo sobre o homem e a mulher, para o científico (século XVIII), constatam-se duas importantes alterações: a inversão da ordem gênero – sexo, e a alteração do modelo do sexo único para o padrão de dois sexos opostos. A ciência dava pleno suporte a esta última modificação da percepção da natureza humana, mas não era suficiente para a primeira, a menos que se mantivesse o entendimento da fisiologia celular diferenciada, que nem mesmo naquela época conseguia explicar as implicações culturais decorrentes de diferenças celulares¹⁵ (LAQUEUR, 2001, p. 18).

Nem mesmo no século XIX, a diferença “natural” entre os sexos era estática, definitiva, na medida em que se reconhecia e eram debatidas as influências e intervenções externas, que deveriam ser controladas para não prejudicar a diferenciação sexual que somente se verificaria, com vigor, na puberdade, visto que na infância seria praticamente inexistente. A falta de “administração” do processo de diferenciação sexual poderia

¹⁵ Thomas Walter Laqueur (2001, p. 18) observa que o próprio Patrick Geddes, biólogo que sustentava a diferença entre homem e mulher com base na fisiologia celular, admitia não poder demonstrar plenamente a ligação entre as diferenças biológicas e as diferenciações psicológicas e sociais.

comprometer irreversivelmente o resultado esperado: o amadurecimento sexual e reprodutivo de homens e mulheres. Na verdade, o controle maior era exercido sobre as mulheres, para que fossem “perfeitas”, isto é, para que tivessem a capacidade de ser “mãe”. Dada a sua “natural” debilidade, as atividades físicas e intelectuais das mulheres deveriam ser restritas, para não prejudicar seu amadurecimento como reprodutora. Para tal fim, multiplicavam-se as prescrições restritivas para as mulheres, que incluíam ter reduzida educação intelectual (ROHDEN, 2004, p. 188-189).

Anne Fausto-Sterling (1992, p. 4) refere que autores do século XIX, com base na teoria da evolução de Darwin, afirmavam que conceder o voto para as mulheres seria um retrocesso em termos de evolução. Relata, ainda, a autora que físicos e educadores advertiam que as mulheres jovens que se dedicassem por muito tempo a estudos difíceis danificariam seriamente seu sistema reprodutivo, e talvez enlouquecessem.

Haveria desse modo uma “transitividade sexual”, que requeria houvesse maior atenção com as condições sociais, capazes de gerar interferências externas perniciosas ao processo de diferenciação sexual. Em outras palavras, a sexualidade biológica, preservada como um “mandato natural”, poderia ser refinada ou desestabilizada pelas citadas intervenções externas, capazes de “perverter, distorcer ou conspurcar os dons naturais”. A concepção de “transitividade sexual” foi utilizada para sustentar a diferença de classes e de raça, no que respeita ao comportamento sexual, e justificar a necessidade de “proteção e vigilância” (MATUS, 1995, p. 10-11).

Cabe indagar, portanto, o que teria provocado mudança tão radical, se foi apenas graças à ciência, no estudo do corpo, que se chegou ao modelo de dois sexos.

O progresso científico que explicava, em princípio, as diferenças corporais entre homem e mulher não considerava uma grande quantidade de dados contrários à existência freqüente dessa diferença, como observa Anne Fausto-Sterling (1992, p. 8), do mesmo modo que não restou cientificamente demonstrada qualquer relação entre a diferença biológica e um comportamento de gênero. Até o século XIX havia evidência científica da origem comum de ambos os sexos, fundada no embrião morfologicamente andrógino, em que não havia diferença intrínseca e que ratificava a visão antiga. O interesse em buscar a prova da distinção anatômica e fisiológica entre os sexos cresceu quando essa diferença se tornou politicamente importante (LAQUEUR, 2001, p. 21-22).

A estrutura básica do corpo humano foi masculina, até 1759, momento em que se reproduziu em um livro o esqueleto feminino com detalhes que permitiam diferenciá-lo do masculino. Contudo, antes disso, as diferenças entre homem e mulher já estavam instaladas na

forma de sua representação, firmemente estabelecidas pela política de poder de gênero. Para Laqueur, dois desenvolvimentos distintos geraram as novas formas de interpretar o corpo, que não resultou, portanto, de um maior conhecimento científico específico. Pelo primeiro desenvolvimento, de natureza epistemológica, verificado no final do século XVII, o corpo deixou de ser visto como um microcosmo de uma ordem maior, não era mais uma partícula da natureza revestida de camadas de significação, e a ciência não gerava mais “as hierarquias de analogias”, isto é, as semelhanças que levavam o mundo inteiro a tentativas de representação científicas. Essa mudança epistêmica permitiu a distinção entre feminino e masculino com fundamento biológico, embora não tenha sido esta a única razão do surgimento de dois sexos opostos (LAQUEUR, 2001, p. 22).

Pelo segundo desenvolvimento, de natureza política, e que compreendia a competição pelo poder, criou-se a realidade social em que as pessoas viviam sua sexualidade e construíam sua subjetividade: “falar, em tom sério sobre sexualidade era, inevitavelmente, falar sobre a ordem social que ela representava e legitimava” (LAQUEUR, 2001, p. 23). A reinterpretação dos corpos não se deu, porém, graças apenas a essas duas mudanças. Para Laqueur, a reconstrução do corpo se verificou, não apenas nos mencionados desenvolvimentos, mas em vários outros, e intrinsecamente em cada um deles. O autor cita como exemplos desses desenvolvimentos: a ascensão evangélica, a teoria política do Iluminismo, as idéias de Locke sobre o casamento como contrato, as mudanças sociais elaboradas pela Revolução Francesa, o conservadorismo e o feminismo pós-revolucionário, o sistema de fábrica e a divisão do trabalho, e o nascimento das classes. Para Laqueur, o sexo, quer no modelo único, quer no de dois sexos, é situacional, e somente se explica na tensão permanente entre gênero e poder (LAQUEUR, 2001, p. 23).

A biologização do sexo em fins do século XVIII teve outro efeito importante: tornar o sexo uma questão leiga, um negócio do Estado, um interesse de todo corpo social. Isso se deu através da pedagogia, que cuidava da sexualidade das crianças¹⁶, da medicina, voltada para a fisiologia sexual própria das mulheres, e da economia, preocupada com problemas demográficos, com a regulação da procriação. Em consequência, a sexualidade e o sexo passaram a se ordenar em torno da instituição médica. Exigia-se a “normalidade” das condutas, e em lugar da morte e do castigo eterno, a vida saudável – “a ‘carne’ é transferida para o organismo” (FOUCAULT, 2006, p. 126-128).

¹⁶ A sexualidade das crianças passou a ser objeto de estudo a partir dos estudos de Freud, no século XIX, como se constata da “sexualidade infantil”, que integra os **Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade**. (FREUD, 1972).

Cabe observar que a menção à “encarnação” do sexo, à transferência da carne para o organismo não se confunde com a concepção de Maurice Merleau-Ponty, que entende a “carne no mundo” como a substância viva comum ao corpo do homem e às coisas do mundo, que constitui, ao mesmo tempo, o objeto e o sujeito das experiências humanas. (*apud* ABBAGNANO, 2007, p. 136). A visão tradicional do corpo considerava-o um receptáculo da alma ou espírito, um empecilho para a ascensão espiritual. O corpo, até a modernidade, sofreu os efeitos dessa compreensão que o apartava do ser. Somente em meados do século XIX se iniciou a reabilitação do corpo, graças a Ludwig Feuerbach, que compreendia o homem como um ser concreto, um ser sensível e real integrado no mundo através de sua corporeidade. Para Feuerbach sensibilidade e subjetividade caminham lado a lado e constituem a via de acesso ao mundo. O **eu** é o corpo, “o corpo na sua totalidade é o meu eu, a minha própria essência”. A concretização do ser não se reduz ao nível da linguagem, não basta dizer o ser, mas senti-lo em plenitude na relação de intersubjetividade (FEUERBACH *apud* CASTRO, 2008, p. 179-190).

Para Merleau-Ponty o corpo é uma coisa que possibilita o “sujeito” que o habita, a estar no mundo e a ser no mundo: “é, pois, uma coisa onde moro”. Há uma relação do indivíduo com seu próprio corpo que o transforma no vínculo do **eu** com as coisas. O corpo é “coisa sentinte”, é o sujeito-objeto: sente e é sentido, é corpo-coisa, onde coisas-corpos se dão igualmente. Há uma reciprocidade, uma reflexividade, que permite ao *Dasein*¹⁷, a ruminação do mundo como “consciência incarnada (*sic*)”¹⁸. O corpo é a coisa na sua visibilidade, é o próprio instrumento de mediação e compreensão do mundo sensível: é a experiência do corpo integrado no e pelo sensível. O corpo é a condição de possibilidade da percepção do outro. Na intercorporeidade há uma partilha do ser, que se constitui no momento em que se sente - e sente outrem, partilhando o sensível. Desse modo verifica-se a co-presença de tudo e de todos. O homem, pelo seu corpo, partilha a co-presença; uma estreita relação entre corporeidade e sensível se desenrola no e pelo Ser e articula coisa-corpo, eu-outro, privado-coletivo, uno-múltiplo. Para Merleau-Ponty viver é sempre uma encarnação, é a presença do homem no mundo onde as dimensões sensível – que é a carne que se sente e sente - e espiritual são inseparáveis (CASTRO, 2008, p. 184).

¹⁷ Palavra utilizada por Martin Heidegger para expressar “o ser no mundo”, “ser aí” (*Dasein*). Como esclarece Schramm, vida e morte devem ser consideradas como as duas faces inseparáveis da existência humana, da qual faz parte “ser-aí” (*Dasein*), isto é, ser jogado no mundo e submetido aos efeitos devastadores do tempo, o que torna todo ser vivo humano de alguma forma consciente de ser um *ser-para-a-morte*”. (SCHRAMM, 2002, p. 18).

¹⁸ Observa-se no texto de Paulo Alexandre e Castro (2008) - que o autor utiliza ora a palavra “encarnada”, ora a palavra “incarnada.” Na língua portuguesa brasileira, há apenas a palavra “encarnada”.

Não obstante, a longa tradição do pensamento ocidental de desprezo pelo corpo, da separação entre mente e corpo, se mantém, agora revigorada por outras razões. Como esclarece Francisco Ortega, a supervalorização e o enorme investimento simbólico sobre o corpo, que ocorrem na contemporaneidade, transformaram a “dimensão sensível” do ser humano em motivo de mal-estar, de angústia, de insegurança, de receio, e mesmo de rejeição para muitas pessoas. Diversas são as tentativas de mudar o próprio corpo, personalizá-lo, algumas mais simples, como tatuagens, *piercings*, fisiculturismo, outras contam com auxílio médico, como cirurgias plásticas e implantes, havendo algumas mais radicais, como as amputações voluntárias. Paradoxalmente, o aumento de atenção e controle sobre o corpo, características do denominado “culto ao corpo” ou “cultura somática”, gerou uma maior incerteza sobre nossa materialidade corporal e o desejo de sua superação (ORTEGA, 2008, p. 11). Este, porém, não é exatamente o caso dos transexuais, que rejeitam o corpo que não entendem como seu, por sentirem pertencer ao sexo oposto ao que apresentam (biologicamente).

A construção histórico-social do corpo encontra-se também nas teorias feministas, como pressuposto ontológico negativo: o corpo é em si mesmo uma construção, um mero instrumento ou meio com o qual um conjunto de significados culturais é apenas externamente relacionado. O corpo não teria uma existência significável anteriormente à marca de gênero (BUTLER, 2003, p. 27). Sob essa ótica, boa parte da discussão sobre o corpo passa a girar em torno da questão gênero-sexo, também construções discursivas, que dizem respeito diretamente a este estudo.

1.3. Sexo, gênero e a construção da noção de identidade

De todo o exposto até o momento, verifica-se que os termos sexualidade, sexo e gênero são recentes, embora os fenômenos a que se referem sejam tão antigos quanto a humanidade. A complexidade da sexualidade, do sexo e do gênero, suas recíprocas inter-relações, sua inscrição no corpo, e, sobretudo, sua construção com ênfase no papel social dos indivíduos, podem explicar a dificuldade do estabelecimento de conceitos precisos para essas três expressões humanas, e a temeridade de tentar conceituá-las, sem uma contextualização mínima, como de início se tentou fazer.

O estudo da sexualidade como dispositivo, se de um lado traz esclarecimentos, por outro torna inviável a análise de todos os elementos que podem integrar sua conceituação, em

um único trabalho acadêmico. Para os fins da presente tese são identificados e examinados especialmente dois dentre aqueles que, com maior frequência, são mencionados nas abordagens do fenômeno complexo da sexualidade - **sexo** e **gênero**. Trata-se de elementos indispensáveis para a compreensão não só da sexualidade, como da transexualidade, e das demais situações sexuais que traduzem a “medicalização do sexo e a psiquiatrização de suas formas não genitais” (FOUCAULT, 2006, p. 111).

Para o senso comum, do mesmo modo que o sexo é pressupostamente um dado natural, que teria originado o conceito de sexualidade, imagina-se que o gênero seria uma decorrência também do sexo. Para Joel Birman (2003¹⁹), há uma tendência a considerar natural o que é masculino e feminino, como evidências incontornáveis de ordem biológica. Na contemporaneidade, critica-se a categoria sexo, uma vez que as figuras do homem e da mulher são construções sociais e culturais de grande complexidade, modeladas por regras e códigos simbólicos meticulosos, e que não se restringem, portanto, à condição de macho ou de fêmea. Em lugar do sexo, adota-se a concepção de gênero, que permite reconhecer os procedimentos que são constitutivos do homem e da mulher, além dos limites biológicos. Para Birman, com base no gênero, formulou-se um projeto teórico de produção da identidade, viabilizado pelos movimentos *gay* e feminista, os quais “relançaram num outro comprimento de onda” os jogos de verdade de Foucault.

À semelhança do que se verificou com a sexualidade e com o sexo, há grande complexidade no conceito de gênero, que não é um termo exaustivo, visto que nem sempre se constitui de maneira coerente ou consistente nos diferentes contextos históricos. Mais do que isso, “o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas”. Em consequência, não há como se desvincular o gênero das interseções políticas e culturais que o produzem e mantém (BUTLER, 2003, p. 20).

De acordo com Judith Butler²⁰, o **gênero** não resulta do sexo e nem é aparentemente tão fixo quanto o sexo biológico. É uma construção cultural, elaborada para questionar o determinismo biológico, e que contesta a unidade do sujeito, ao abrir espaço para múltiplas interpretações do sexo: gênero são significados culturais assumidos pelo corpo sexuado e, por conseguinte, não decorre de um sexo de maneira pré-determinada. Nesta concepção se

¹⁹ BIRMAN, Joel. Texto retirado da orelha da capa. In BUTLER, Judith P. Problemas de gênero: feminino e subversão da identidade. Trad. Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

²⁰ Judith Butler (2003) trata do gênero em sua obra **Problemas de gênero: feminino e subversão da identidade**, ao reconsiderar o *status* da mulher como sujeito do feminismo e a distinção de sexo/gênero. Embora elaborada

pressupõe que o sexo é binário em sua morfologia e constituição, e intratável em termos biológicos, o que é questionável. Haveria, desse modo, uma “relação mimética” entre sexo e gênero, na qual o gênero reflete o sexo ou é por ele restrito, o que acaba por contrariar a proposta inicial da distinção, que sugere uma descontinuidade - que pode ser radical - entre “corpos sexuados e gêneros culturalmente construídos” (BUTLER, 2003, p. 24).

Para Butler a existência de uma “região” especificamente feminina, depende da noção binária masculino/feminino para ser reconhecida, e se encontra separada da constituição de classe, raça, etnia e outros eixos da relação de poder, que constroem a identidade (BUTLER, 2003, p. 21). Observa, ainda, que é equivocada a discussão sobre identidade em momento anterior à identidade de gênero, visto que **as pessoas só se tornam inteligíveis ao adquirir seu gênero**, conforme os padrões estabelecidos e reconhecidos de inteligibilidade de gênero (BUTLER, 2003, p. 37). Mas gêneros “inteligíveis” são os que instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. (BUTLER, 2003, p. 21-37).

A descontinuidade e a incoerência, que resultam da não observância dos padrões vigentes, isto é, da matriz cultural que torna o gênero inteligível, denominada por Butler (2003, p. 39) “matriz de inteligibilidade”, são constantemente proibidas. As identidades em que o gênero não “decorre” do sexo e aquelas em que as práticas do desejo não “decorrem” nem do sexo, nem do gênero, são identidades que não podem (ou não devem) existir²¹.

Enquanto o gênero corresponde ao papel que é atribuído a cada sexo, configurando o que é masculino e feminino, de acordo com regras pré-estabelecidas, o sexo encontra-se atrelado francamente ao determinismo biológico, ou melhor, genital, sendo estabelecido por ocasião do nascimento. A partir deste momento é designado o que compete ao recém nascido fazer ao longo de sua vida, nos âmbitos privado e público, em razão do seu sexo. Ser “homem” ou “mulher” é um destino a se cumprir, em decorrência da genitália externa existente ao nascer. Na verdade, antes mesmo do nascimento este “destino” está traçado; a partir do momento em que é anunciado o sexo do bebê em gestação, inicia-se a “moldagem” do novo ser, segundo o já prescrito socialmente, mediante a escolha de cores, roupas, brinquedos, nome, enfim, tudo que é mais “natural” ou “apropriado” para o corpo em formação. Neste sentido, a ecografia, que revela o sexo do bebê, “é uma tecnologia prescritiva, e não descritiva”, conforme Berenice Bento (2006, p. 88).

em outro contexto, sua análise e conceituação de gênero são esclarecedores e contribuem para o exame da transexualidade, adiante realizado.

²¹ Para a autora “decorrer”, no contexto, significa a existência de “uma relação política de direito instituído pelas leis culturais que estabelecem e regulam a forma e o significado da sexualidade.” (BUTLER, 2003, p. 39).

Butler indaga, contudo, como é atribuído o sexo “dado” no momento do nascimento, qual o critério utilizado, o que, enfim, define o sexo: o aspecto “anatômico”, “cromossômico”, “hormonal”, ou sua dualidade decorre também de uma construção variável no tempo, “fruto de discursos científicos a serviço de outros interesses políticos e sociais”, sendo “tão construído quanto o gênero”? (BUTLER, 2003, p. 25).

Embora prevaleça o determinismo biológico, na prática um determinismo genital, a “estabilização” do sexo se opera pelo “desenvolvimento” do gênero, iniciado antes do nascimento, em um processo contínuo que revela a interdependência entre sexo e gênero. Há uma estabilidade do sexo vinculada ao gênero. Os corpos adquirem sua aparência de gênero, mediante a reiterada interpretação de uma série de atos, renovados, revisados e consolidados no tempo (BENTO, 2006, p. 87). Esta é a “performatividade de gênero”, referida por Butler (2003, p. 48), que entende não haver identidade de gênero por trás das expressões do gênero, uma vez que a identidade é produzida performativamente, pelas próprias “expressões” tidas como resultados, e imposta pelas práticas reguladoras da coerência do gênero.

O gênero - diferentemente do sexo - tem flexibilidade socialmente aceita, como decorrência das alterações e imposições culturais e das exigências econômico/financeiras, como ocorre na divisão do trabalho. Na verdade, tais modificações são instrumentos do poder-saber, e não chegam a infirmar as regras de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo, nem seus efeitos pragmáticos tais como as alianças admitidas e a reprodução sexual. De modo geral, certas características diferenciam homens e mulheres: algumas rígidas como o sexo biológico (e genital) e a maternidade (no sentido biológico); outras flexíveis, como as maneiras, hábitos, comportamentos, as quais se encontram bastante atenuadas em certas sociedades, como vestuário, tarefas familiares e funções sociais. Com base nesta aparente estabilidade constrói-se a identidade que vincula socialmente a pessoa aos papéis vigentes, situando-a na ordem do proibido e do permitido.

Os recursos propiciados pelos avanços biotecnocientíficos têm, sem dúvida, gerado importantes abalos na coerência e continuidade entre sexo, gênero e prática sexual, ao interferir naquilo que era considerado incontornável: o sexo genital e a maternidade. Este é o caso do processo transexualizador, que promove a transformação corporal de homens em mulheres, e de mulheres em homens, e das técnicas de reprodução assistida que possibilitam a reprodução humana sem o contato sexual e o surgimento de prole que mantém vínculo genético com casais inférteis e do mesmo sexo.

Como antes ressaltado, no entender de Butler (2003, p. 27), o corpo não teria existência significável sem a marca do gênero. Em conseqüência, pode-se dizer que o gênero

inscrito no corpo, com todas as suas performances, é elemento determinante da identidade social do indivíduo. Lembre-se que essa identidade situa o indivíduo na ordem do permitido e do proibido socialmente, o que explica a discriminação e a exclusão daqueles que transgridem as regras estabelecidas pela sociedade para os gêneros. Isto explica os problemas sofridos por toda população de lésbicas, gays, bissexuais e, especialmente, pelos transexuais. Fica evidente, igualmente, que sem o reconhecimento do gênero que o transexual constrói em seu corpo, ele não tem não tem uma identidade, e sequer um corpo inteligível.

O corpo, efetivamente, tem papel marcante, se não predominante, na construção da individualidade: “é um fundamento para a identidade pessoal” (LEDER *apud* ORTEGA, 2008, p. 212). O corpo estabelece as fronteiras que definem quem somos, ao gerar nossa identidade sexual. A questão reside em saber se é necessária uma base biológica para a identidade sexual (WOODWARD, 2000, p. 15).

Após a substituição do modelo do sexo único pelo padrão de dois sexos opostos, passou-se a buscar o verdadeiro sexo de cada um. A determinação do **verdadeiro sexo** era necessária, não só para que se estabilizasse a diferença culturalmente criada, mas principalmente para que se pudesse exercer o controle, a fiscalização, enfim, para que o dispositivo da sexualidade funcionasse: o poder se alimenta da verdade e a verdade depende do poder. Para tanto a *episteme*²² estabelece uma “ordem” que deve reger as relações entre as coisas e os homens, segundo leis e conhecimentos que instaura (RODRIGUES, 2003, p. 113).

O verdadeiro sexo, desse modo, não era²³ conformado somente pelo corpo. Embora o físico pudesse ser esquadrihado, como ocorria com os hermafroditas, o corpo era (e continua sendo) uma interpretação, a depender sempre de um olhar externo: seus valores e significados dependem de quem olha e do lugar de onde é olhado. O olhar que o sujeito lança sobre si está vinculado ao olhar do outro, que não é um indivíduo, mas uma relação de olhares que lhe atribui significado, que produz “saberes”, que gera “disciplinas”, que controla o corpo. Assim funciona o dispositivo de poder que oprime o corpo, e o mantém sob severo controle, alterando-se a justificativa para tanto: até o século XVIII por ser fonte do pecado e para que se mantivesse produtivo; após a modernidade, em nome de saberes racionais e científicos, os quais legitimam a obrigatoriedade dos atos que impõem e são seguidos, por essa razão, de modo pacífico (RODRIGUES, 2003, 109-124).

²² A palavra “*episteme*” é utilizada pelo autor no sentido foucaultiano, de dispositivo estratégico, especificamente discursivo, que “permite separar não o verdadeiro do falso, mas o inqualificável cientificamente do qualificável”. (FOUCAULT, 2003b, p. 247).

²³ Por razões mais evidentes, o verdadeiro sexo, na contemporaneidade, não é conformado pelo corpo, dependendo cada vez mais do “determinismo social”, como adiante se esclarece.

O corpo, fruto de uma interpretação, e moldado pelo poder, é um dos instrumentos que formam a subjetividade, a identidade de cada um. O aspecto da genitália externa ao nascer determina o sexo do indivíduo. Contudo, o dimorfismo sexual não decorre, como visto, apenas de uma condição “natural”, biológica. Está no corpo, vale-se dele, mas não é, apenas e necessariamente, determinado pelas características físicas, pois precisa ser estabilizado pelo gênero. O corpo, por sua vez, não é somente um “produto biológico”, mas sempre o resultado de uma interpretação dos diversos significados que lhe são atribuídos pelo olhar do outro. Como esclarece José Carlos Rodrigues (2006, p. 113), coexistem na mesma matéria um corpo biológico e um corpo social; mesmo as denominadas “necessidades naturais” precisam ser traduzidas para o indivíduo através de um conjunto de normas e valores que constituem “a lente sem a qual somos todos cegos e insensíveis”. Em consequência, é em função da organização social e do modo como se relaciona o corpo com as coisas, que se dá a percepção do corpo e do sexo-gênero.

Contudo, na construção da identidade não se deve preterir o poder do próprio indivíduo, sob pena de torná-lo sempre “sujeito”, apenas no sentido daquele que está subjugado, e, mais grave, suprimir-lhe a autonomia. Ainda que transpassado pelo poder, como esclarece Foucault (2003b, p. 184), não deixa o indivíduo de imprimir, de algum modo sua marca, ou de, pelo menos, fazer suas escolhas, sempre que possível. É nesse pequeno espaço da autonomia individual que o transexual constrói sua identidade, e adota um gênero que não corresponde ao sexo que lhe foi atribuído ao nascer. O problema que essa “construção” gera, no que se refere à inter-relação corpo-gênero-sexo, deságua na “polaridade filosófica convencional entre livre-arbítrio e determinismo”, conforme Butler (2003, p. 27).

É evidente a instabilidade das bases sobre as quais têm se formulado os conceitos de sexo e de gênero. De um lado, encontram-se abaladas as certezas do determinismo biológico, especialmente no que respeita à diferenciação entre os sexos e sua vinculação aos gêneros. De outro, os valores médicos e as normas sociais estão sendo testados, em face do reconhecimento das confusas variações de sexo apresentadas pelos indivíduos, de que é exemplo a interssexualidade (FAUSTO-STERLING, 2000, p. 1).

Neste campo de conceitos instáveis inscreve-se a transexualidade.

2. RELAÇÃO SEXO E GÊNERO E AS DIFERENTES SITUAÇÕES SEXUAIS

2.1. Efeitos da diferença entre os sexos: a matriz heterossexual

Questão que merece ser examinada é a relativa à real importância da diferença entre os sexos, isto é, por que a ciência se dedicou, desde o século XVIII até o atual, a explicar e comprovar a existência dessa diferença. Há apenas razões médicas e científicas para tanto? Ou o que se busca é justificar uma diferença social de há muito instaurada, que coloca a mulher em uma situação inferior à do homem, e que “explica” e “legitima”, não raro sob o argumento da proteção, a restrição de seus direitos, a imposição de maior número de deveres e uma responsabilidade moral ampliada, na medida em que são rigorosos seus deveres morais. É certo que muitas conquistas foram realizadas para o que se pode denominar “resgate social” das mulheres. Não obstante, insiste-se na diferença entre os sexos, de feição nitidamente comportamental, o que enseja a persistência de seus efeitos danosos às mulheres.

A questão é vasta e complexa e será aqui apresentada em seus contornos gerais, naquilo que auxiliam a compreensão da problemática que envolve todos os indivíduos que não se ajustam às formas, práticas e comportamentos fixados para cada sexo e/ou gênero, os quais, do mesmo modo que as mulheres, sofrem toda sorte de restrição, imposição e responsabilização social e moral.

De início se constata que, embora haja com frequência menção a sexos opostos, não se trata propriamente de oposição, mas de uma diferenciação, que consistiria, em síntese, na “superioridade” – física e intelectual - do homem em relação à mulher. Até fins do século XX, as pesquisas “revelaram” que homem e mulher são diferentes, e que a mulher é um ser com menor capacidade, inclusive mental. As evidências apresentadas para este entendimento demonstram que a diferença, que se quer comprovar, é na verdade de comportamento, que seria determinado por fatores biológicos. Como esclarece Anne Fausto-Sterling (1992, p. VI), o debate público que se estabeleceu desde a década de 1990 sobre a diferença entre sexos envolve, na verdade, a questão da igualdade social. No fundo do debate está uma antiga indagação sobre o comportamento humano, que foi sintetizada na fórmula - **determinismo biológico x determinismo social**, ou no jogo de palavras em inglês “*nature x nurture*”, que continua a ser um tópico acirradamente debatido. De acordo com a citada autora, alguns teóricos sociais e cientistas, dentre os quais ela se inclui, não mais acreditam na validade científica desta moldura. Em lugar da pesquisa de causas originárias exclusivas, deve ser analisada de modo mais completo uma teia de interações entre o ser biológico e meio social,

onde as linhas de conexão possam se mover em ambas as direções (FAUSTO-STERLING, 1992, p. 7-8).

Não obstante, a defesa da diferença com base na biologia se mantém. Há posições mais radicais, como a dos que aplicavam, no século XIX, a teoria evolucionista de Darwin, para afirmar que as mulheres que trabalhavam para obter sua independência financeira se colocavam numa “luta contra a natureza”. Do mesmo modo, se argumentou que a sexualidade masculina e feminina eram tão díspares, que se podia pensar nos dois sexos como espécies separadas (FAUSTO-STERLING, 1992, p. 4). Nessa linha, situações como: a) a síndrome pré-menstrual como causa de distúrbios na mulher, capazes de comprometer seu discernimento e torná-las penalmente irresponsáveis, b) a suposta inata falta de aptidão para matemática, como fator que impediria às mulheres de se tornarem cientistas, engenheiras, ou especialistas em computação; c) a “natural” agressividade dos homens, que os faz mais competitivos no trabalho; dentre outras, estariam em última instância vinculadas aos nossos genes (FAUSTO-STERLING, 1992, p. 4-7).

Os argumentos que têm sido apresentados para demonstrar as bases genéticas (“*genetic bases*”) ou a estrutura genética profunda (“*genetic deep structure*”) da diferença entre os sexos acabam por dar uma explicação biológica para fenômenos sociais. Em consequência, os esforços para alterar as situações mencionadas seriam em vão. Sob essa ótica, de nada adiantaria desenvolver programas especiais para incentivar as meninas a estudar matemática ou ciências (FAUSTO-STERLING, 1992, p. 7), ou mesmo votar ou ir para o colégio, como ocorria no século XIX.

Para Anne Fausto-Sterling (1992, p. 62), a crença de que os genes ditam o comportamento tem um enorme apelo, pois explicaria não só similaridades físicas, como comportamentais (boas ou ruins), com familiares. Seria possível, portanto, culpar os genes pelas doenças sociais, que decorreriam de um “comportamento genético”, responsável não só pela timidez, como pelo alcoolismo ou mesmo por tendências para a criminalidade. Porém, aceitar exclusivamente as bases genéticas para estruturas sociais complexas, como as mencionadas, implica, segundo a autora, “saltar sobre enorme abismo intelectual”.

Segundo Fausto-Sterling (1992, p. 88), uma explicação puramente biológica para qualquer coisa tão complexa e imprevisível quanto o comportamento humano seria, por sua própria natureza, uma tarefa desigual. Do mesmo modo, para se compreender o desenvolvimento humano, que não surge pelos simples crescimento ou justaposição de um conjunto de macromoléculas, é necessário saber muito mais sobre de que modo o ambiente afeta o crescimento físico e as formas, e sobre de que maneira ocorre a variação individual,

incluída a genética, em cada história de vida, para produzir adultos com competências e potencialidades diferentes (FAUSTO-STERLING, 1992, p. 89).

Em um mundo biológico perfeito, os seres humanos se dividiriam em dois tipos: a) machos que têm um cromossoma X e um Y, testículos, um pênis e todo um sistema interno para produzir sêmen; suas características sexuais secundárias são bem conhecidas, tais como pelos no rosto e uma constituição física muscular; e b) fêmeas que têm dois cromossomas X, ovários e um sistema interno para suportar a gravidez e o desenvolvimento fetal; têm também uma variedade de características sexuais secundárias reconhecíveis, como a textura da pele e voz fina. Contudo, algumas mulheres têm pelos no rosto e falam com voz grossa; vários homens não têm pelo algum no rosto e sua voz é feminina. Numa inspeção mais próxima, o dimorfismo absoluto se desintegra inclusive no nível biológico: cromossomas, hormônios e estruturas sexuais internas variam mais do que a maioria das pessoas pode imaginar. Os que nascem fora do modelo dimórfico são qualificados como intersexuais ou portadores de anomalias da diferença sexual (FAUSTO-STERLING, 1992, p. 3).

Quando as variações internas e/ou externas são detectadas e prejudicam o enquadramento do indivíduo em um dos tipos estabelecidos para os seres humanos, deve ser promovida a necessária correção, especialmente da genitália, se possível logo após o nascimento, para que se defina a existência de um homem ou de uma mulher. Porém, como observa Fausto-Sterling (1992, p. 4), se apenas os cromossomas são incomuns, mas a genitália externa e as gônadas claramente indicam ou macho ou uma fêmea, os médicos não recomendam intervenção. Na verdade não fica claro qual o tipo de intervenção que seria recomendável em tais casos.

A correção cirúrgica e a forma de educação nada asseguram quanto à identidade a ser assumida pelo indivíduo. Mesmo um homem ou uma mulher, assim considerados sob os aspectos cromossomial, hormonal e genital, pode revelar uma identidade de gênero contrária a sua formação biológica. Um indivíduo com cromossomas XX, com hormônios fetais masculinos e genitália masculinizada, mas com hormônios femininos na puberdade, pode desenvolver uma identidade de gênero feminina (FAUSTO-STERLING, 1992, p. 6-7).

As causas biológicas são sedutoras como explicação da diferença de sexos, especialmente as genéticas, em razão de sua imutabilidade. A conformação genital, contudo, se mantém como o fator mais significativo na determinação do sexo. No cotidiano, porém, não há inspeção da genitália, e o que tem prioridade é o gênero que é vivenciado, independentemente da configuração corpórea embaixo das roupas (FAUSTO-STERLING, 2000, p. 7).

Cabe lembrar que o gênero é “inteligível” quando mantém relações de coerência e continuidade entre o sexo (biológico), o desejo e a prática sexual. Os dois últimos aspectos dizem respeito ao comportamento sexual. Mais precisamente, a “coerência” que a sociedade exige inclui o objeto do desejo e com quem se faz sexo. Este conjunto, integrado por atributos físicos, psíquicos e comportamentais que devem ser coerentes, qualifica o indivíduo e define sua situação social, não só no que é pertinente à sexualidade em todas as suas dimensões, mas principalmente quanto a todos os direitos e deveres delas decorrentes. Portanto, não basta a diferenciação biológica entre macho ou fêmea, ter cromossomas XY ou XX, nem possuir pênis ou vagina. Para o ser humano ser considerado socialmente homem ou mulher é preciso ter a *performance* de gênero esperada pela sociedade, que incluiu comportamentos pessoais e relacionais.

No que respeita ao comportamento relacional, a diferença entre os sexos vincula o desejo e as práticas sexuais, que devem se dirigir ao sexo oposto. Essa idéia está diretamente ligada àquela que seria a função primordial da relação - que deve e pode ser estabelecida - entre os dois sexos: a reprodução. Mesmo na contemporaneidade, esse entendimento existe em diferentes sociedades, fortemente sustentado por argumentos religiosos, como os oriundos da igreja católica romana. A prática do sexo entre homem e mulher, sob essa ótica, inscreve-se na “ordem natural das coisas”, e decorre da própria diferença biológica entre os sexos, “criada” por Deus para a reprodução da espécie. A síntese dessa idéia se traduz perfeitamente nas palavras bíblicas sintetizadas na assertiva: “crescei e multiplicai-vos”²⁴. Já na criação do mundo teria sido estabelecida a matriz heterossexual.

Cabe indagar se a heterossexualidade tem origem biológica, resulta do determinismo biológico, ou se é uma construção cultural, um efeito necessário da coerência e continuidade da relação sexo, gênero e desejo-prática. É preciso, assim, investigar o surgimento da heterossexualidade, ou seja, a partir de que momento ela passou a ser considerada como verdadeira matriz dos comportamentos relacionais.

A ordem compulsória do sexo-gênero-desejo é, como demonstra Judith Butler, passível de desconstrução. A partir dos debates feministas sobre o conceito de gênero, a autora analisa os tipos de continuidade que existem entre sexo, gênero e desejo, no âmbito de uma língua em que se presume a heterossexualidade, e procura demonstrar a descontinuidade das práticas culturais em que se baseiam as supostas diferenças entre os mencionados termos.

²⁴ Gênesis, cap. 1, v. 28. “E Deus os abençoou, e Deus lhes disse: frutificai e multiplicai-vos, e enchei a terra e sujeitai-a; e dominai sobre os peixes do mar e sobre as aves dos céus, e sobre todo animal que se move sobre a terra” (A BÍBLIA SAGRADA, 1988). Em outras traduções, encontra-se “crescei, e multiplicai-vos” (A BÍBLICA SAGRADA, V. 1, 1962); ou ainda, “sede fecundos, multiplicai-vos” (A BÍBLIA SAGRADA, 1993).

Se na distinção entre sexo e gênero, se considera o sexo biologicamente imutável e o gênero culturalmente construído, como consequência lógica, observa Butler (2003, p. 24-25), o gênero não pode resultar do sexo, nem ser tão fixo quanto este. Na verdade, a idéia de um sexo binário natural foi produzida no discurso científico, no âmbito da relação poder-episteme, e sua análise demonstra, nas palavras de Butler, que o sexo é algo culturalmente tão construído quanto o gênero, o que faz ruir a distinção radical entre sexo e gênero, com efeitos diretos na concepção de uma heterossexualidade compulsória.

Butler examina a heterossexualidade sob a ótica e naquilo que interessa diretamente à questão do gênero. Este o objeto principal de sua obra **Problemas de gênero: feminino e subversão da identidade** (BUTLER, 2003). Para tanto, debate a ordem compulsória do sexo/gênero/desejo, e busca à luz da psicanálise, do estruturalismo e do poder de suas proibições, esclarecer a transformação do sexo em gênero (2003, p. 63).

O mencionado trabalho de Butler contribui efetivamente para a compreensão da relação sexo/gênero, em especial no que respeita à construção da identidade do indivíduo, à qual se vincula a heterossexualidade. Deve-se considerar que a identidade de uma pessoa somente se torna inteligível quando considerado seu gênero. Mas a afirmação de que uma pessoa é de um gênero impõe a existência de outro que lhe é oposto, o que pressupõe uma formulação binária de gênero. A unidade interna de qualquer dos gêneros exige, desse modo, uma heterossexualidade estável e oposicional. Essa concepção de gênero, fruto de uma relação causal, contínua e coerente, entre sexo, gênero e desejo, instaura uma normatividade da prática e do desejo sexual, na qual o gênero reflete e exprime o desejo (que determina a prática correspondente), do mesmo modo que o desejo (e a prática pressuposta) reflete e exprime o gênero (BUTLER, 2003, p. 44-45), instaurando, desse modo, uma heterossexualidade obrigatória.

O surgimento do caráter “compulsório” da heterossexualidade encontra outras narrativas. De acordo com Jonathan Ned Katz²⁵ (1996, p. 23-29), os termos heterossexual e homossexual aparecem na modernidade e têm significados que se alteram historicamente, para expressar os modos de pensar, avaliar e organizar socialmente os sexos e seus prazeres. Embora o determinismo biológico conduza à heterossexualidade, como a forma de

²⁵ O autor se identifica como homossexual e seu trabalho de historiador procura transcender a noção da essência heterossexual imutável, dando continuidade à análise crítica que foi feita nos anos 1960 e 1970 pelas feministas e liberalistas homossexuais. A obra revela um nítido olhar homossexual em várias passagens, mas exatamente por este motivo e pela pesquisa realizada merece referência. Mais do que isso, como destacado por Gore Vidal no prefácio do livro, Katz “consegue lançar por terra duas palavras cuja invenção criou categorias falsas, tornando assim possível controlar totalmente pessoas através de tabus legais que agora devem ser abolidos”. (KATZ, 1996, p. 23-29).

complementariedade “normal” ou “natural” entre os sexos, há uma “história da heterossexualidade”, que se desenvolve em dois períodos: o primeiro, que compreende o final do século XIX, época em que o termo e o conceito de heterossexualidade foram criados; o segundo começa nos anos 1960, momento em que ocorreu uma “desestabilização” da heterossexualidade, provocada pelas feministas e, posteriormente, pelos liberalistas homossexuais. Destaca o autor que a criação da idéia e do ideal heterossexual seria obra de Karl Maria Kertbeny, Richard von Krafft-Ebing e Sigmund Freud, homens brancos, o que talvez explique a associação entre “civilização e heterossexualidade” e “primitivo e homossexualidade” (KATZ, 1996, p. 29).

Até a última década do século XIX, o instinto e o desejo sexual estavam vinculados à idéia de reprodução. Lentamente esse “padrão” começou a ser contestado por uma “nova ética do *prazer do sexo diferente*”, que apartava o desejo erótico da reprodução. Atribui-se ao Dr. James G. Kiernan, a primeira utilização das palavras “heterossexual” e “homossexual”, em uma publicação no jornal de medicina de Chicago em maio de 1892, que tem valor como registro histórico. Em nota que referia, de modo equivocado, a definição de Richard von Krafft-Ebing, o termo heterossexual nomeava o indivíduo que tinha inclinação pelos dois sexos, associado, portanto, ao hermafrodita psíquico, caracterizando uma pessoa anormal, por ter desejo reprodutivo ambivalente. Na mesma publicação, homossexual era a pessoa invertida, que se rebelava contra a própria masculinidade ou feminilidade. Kiernan empregava novos termos, mas mantinha-se fiel ao ideal reprodutivo (KATZ, 1996, p. 30-31).

Em 1893 foi publicado nos Estados Unidos, pela primeira vez, o trabalho de Richard von Krafft-Ebing, que utilizava o termo hetero-sexual, e as expressões instinto sexual patológico e instinto sexual contrário correspondentes ao instinto sexual não reprodutivo. O instinto sexual, propriamente dito, era o reprodutivo, de sexo diferenciado, mas incluía conotação erótica, que abria “um pequeno espaço obscuro” para o prazer. O hífen entre o hetero e o sexual procurava traduzir a combinação entre os sexos diferenciados, implicitamente voltados para a reprodução, e o prazer erótico. O hetero-sexual de Krafft-Ebing significava, desse modo, a normalidade sexual, erótica, enquanto sua expressão homossexual sempre significava o desejo pelo mesmo sexo, patológico, porque não reprodutivo (KATZ, 1996, p. 33-35).

O uso dos termos hetero-sexual por Krafft-Ebing marcou historicamente o primeiro afastamento do erotismo normal de sexo diferenciado da norma reprodutiva, e ajudou a tornar a diferença entre os sexos e o desejo sexual características básicas de uma nova ordem social, lingüística e conceitual do sexo erótico. Passaram a existir desde então duas formas de

erotismo do sexo diferenciado: um normal e bom, e outro anormal e ruim, porque não reprodutivo. A patologia não reprodutiva poderia ser provocada por uma “perversão sexual congênita” ou resultar de atos voluntários que constituíam uma “perversão sexual adquirida”. Essa distinção foi utilizada com fins éticos e legais, e contribuiu para uma teoria “moral-biológica”, segundo a qual os indivíduos não eram responsáveis por sua perversão sexual não reprodutiva inata. Na teoria sexual moderna, a idéia de uma determinada orientação sexual fisiológica – normal ou anormal, sadia ou doentia – tornou-se dominante. Nessa visão determinista, “a heterossexualidade é um fato imutável da natureza - uma norma estabelecida naturalmente” (KATZ, 1996, p. 40).

O termo heterossexual introduziu o prazer sensual de homens e mulheres no debate sobre o sexo. Mas o ideal heterossexual apresentava uma tensão fundamental entre os prazeres da carne e a ânsia por um espírito puro e sem corpo. Nessa ordem de idéias, as diferenças anatômicas e genitais entre homens e mulheres revelam dois sexos opostos, antitéticos. Os homens têm apetite sexual mais intenso do que a mulher, são ativos, amam sensualmente; as mulheres, ao contrário, são menos voltadas para o sexo erótico, são passivas, amam espiritualmente, e sua sensualidade desaparece no amor de uma mãe. Essas diferenças entre os sexos passaram a ser aplicadas a todas as funções e a todos os desejos sexuais (KATZ, 1996, p. 42-43).

Formaram-se, nestes termos, ideais de masculinidade e feminilidade, que orientaram o “culto” ao homem e à mulher de verdade, que deveria ser pura, assexuada, para ser respeitável. O homem e a mulher deveriam estar ligados por um amor verdadeiro, sistema hierárquico dominado por um sentimento espiritual que legitimava o casamento, a reprodução e a sensualidade, que fora desta esfera era pecaminosa. A prática do ato sexual, que significava a consumação do amor verdadeiro, mediante a união do pênis e da vagina²⁶, só era admissível após o casamento, e distinguia a mulher virtuosa da desonrada. A energia humana devia ser preservada para a reprodução no seio da família e não desperdiçada em prazeres libidinosos não reprodutivos. Essas considerações feitas por Jonathan Ned Katz (1996, p. 55-56), com base no comportamento da classe média americana do início do século XIX, merecem referência por revelarem aspectos que se manifestaram flagrantemente durante o século XX em diversas sociedades, e ainda se mantêm presentes em muitas delas,

²⁶ Jonathan Ned Katz (1996, p. 57-58) observa que a fixação da classe média no ato da penetração tornava admissíveis outros atos libidinosos que não o coito entre homem e mulher. Esse entendimento aliado ao caráter moral do amor verdadeiro e imoral do desejo sexual, fez com que grandes amizades românticas florescessem eroticamente entre pessoas do mesmo sexo, sem que fossem classificadas de sodomia ou safismo, figuras eróticas ilícitas, pois eram consideradas sem conteúdo sexual.

especialmente nos setores mais conservadores, que insistem na sua preservação e discriminam os que não “cultuam” a heterossexualidade e os ideais de masculinidade e feminilidade estabelecidos no século XIX.

O ideal do amor verdadeiro foi substituído pelo ideal erótico do sexo no final do século XIX, considerado normal e heterossexual. A construção desse ideal erótico está relacionada à conquista pela classe média urbana de poder e estabilidade econômica, que lhe asseguraram uma posição social. A “pureza sexual”, caracterizada pelo amor verdadeiro e reprodutivo, que até então a distinguia das classes inferiores, supostamente sensuais (KATZ, 1996, p. 52), foi aos poucos dando lugar à afirmação da própria heterossexualidade, que compreendia um espaço para a sensualidade, o qual acabou por dominar o “verdadeiro amor”, ao longo do século XX (KATZ, 1996, p. 51). Nesta trajetória, a atividade erótica de homens e mulheres que fora oficialmente colocada no âmbito de suas vidas privadas no início do século XIX, passou a integrar o processo de sua afirmação social, na medida em que a classe média proclamou uma heterossexualidade universal, que “normalizava cientificamente e justificava eticamente a prática da classe média de prazer de sexo diferente” (KATZ, 1996, p. 51-61).

As teorias de Sigmund Freud, adiante referidas, ajudaram a estabilizar o novo ideal heterossexual. Para Katz, todos os seres humanos, adultos ou crianças, estudados por Freud procuram a satisfação do desejo erótico, e quando essa busca conflita com as regras da sociedade, há forte pressão para que os discordantes a elas se adaptem (KATZ, 1996, p. 67).

2.2. Discordâncias da matriz heterossexual: homossexualidade, bissexualidade, travestismo e transexualidade

Os indivíduos que não apresentam um gênero inteligível, conforme acima esclarecido, afrontam as regras sociais e sofrem, em consequência, os efeitos negativos da não adequação ao sistema de coerência sexo-gênero-comportamento sexual, especialmente no que respeita ao desejo e à prática sexual, que deve ser heterossexual.

O sistema sexo-gênero se completa e se fecha com o comportamento sexual esperado: os indivíduos de um sexo devem se relacionar, necessária e exclusivamente, com os do sexo diferente. O indivíduo que não desempenhe adequadamente o papel de gênero coerente com seu sexo biológico, mas que tenha relações heterossexuais, ou que, por qualquer motivo, não mantenha relações sexuais, será mais tolerado pela sociedade em geral. A heterossexualidade coroa o sistema sexo-gênero, e funciona como uma prova “cabal” de que todas as demais

regras do sistema estão sendo cumpridas. Em consequência, o indivíduo casado é heterossexual, até prova em contrário; da mesma presunção gozam os indivíduos não casados, mas que procriaram. Como observa Guimarães (2009, p. 21), a mera prática sexual entre pessoas do mesmo sexo, nem sempre descaracteriza a heterossexualidade, como comprova o reconhecimento da categoria “homens que fazem sexo com homens” (HSH), que não se confundem necessariamente com homossexuais ou *gays*, pelo Programa Brasil sem homofobia.

Ainda de acordo com Guimarães (2008, p. 23), a “heterodiscordância”, entendida como o conjunto de processos no âmbito dos quais a heterossexualidade é contestada como a única possibilidade legítima e natural de expressão da identidade sexual, expressa a não aceitação da “heteronormatividade”, ínsita à matriz heterossexual antes analisada. A “heteronormatividade” pode ser definida como o “processo pelo qual a heterossexualidade é instituída e vivenciada como a única possibilidade legítima e natural de expressão da identidade sexual”, entendida esta como o sentimento da pessoa em relação ao fato de pertencer ao sexo feminino ou masculino (Glossário MS, 2004, p. 63).

Em consequência, qualquer comportamento “heterodiscordante” afronta o sistema sexo-gênero, ainda que os demais aspectos dos papéis de gênero guardem coerência com o sexo biológico. Assim, o indivíduo do sexo masculino, que use roupas tradicionais de homem e tenha maneiras masculinas, poderá ser considerado homossexual se mantiver relações sexuais com outro homem, mesmo que não se identifique como tal. Como homossexual sofrerá os efeitos negativos gerados pelo comportamento heterodiscordante, infração máxima do sistema sexo-gênero.

O primeiro dos efeitos sofridos pelos infratores do sistema sexo-gênero é receberem uma qualificação social diferenciada, que se inscreve irreversivelmente em suas vidas. A partir do momento em que deixam de ter ou de manter as *performances* de gênero esperadas, passam a ser rotulados, na verdade, socialmente (re)qualificados. Deixam de ser apenas homens e mulheres, e ingressam no rol das lésbicas, homossexuais, bissexuais, travestis e transexuais. Indistintamente são designados pelo senso comum como *gays*²⁷, e constituem a população LGBT²⁸, que só em data recente começou a ser ouvida. Ter uma “identidade gay”

²⁷ Esse tipo de generalização foi registrada por Freud (1972, p. 147).

²⁸ O acrônimo GLBT foi substituído por LGBT, como decidido na I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, ocorrida em Brasília, em junho de 2008. Atendeu-se, assim, à reivindicação no sentido de dar maior visibilidade às mulheres lésbicas no movimento. Cf. GUIMARÃES (2009, p. 17-18).

significa não ser mais reconhecido como heterossexual, e passar a sofrer todas as conseqüências (negativas) que resultam desse fato.

A passagem da “categoria” heterossexual para “*gay*”, implica a criação de um estigma para o indivíduo, e, sobretudo, na sua exclusão e discriminação social, que prejudicam de modo significativo sua vida social e comunitária, e em especial o exercício de seus direitos civis, políticos, econômicos e culturais. A discriminação e a exclusão social dos heterodiscordantes são agravadas, como nos demais casos, se o indivíduo é negro e pobre.

A discriminação e a exclusão social não se confundem. A discriminação consiste em atividades que negam aos membros de certo grupo determinados recursos ou recompensas que outros podem obter²⁹. Já a noção de exclusão social, muito utilizada pelos políticos, foi introduzida pelos sociólogos para designar novas fontes de desigualdade. O termo “exclusão” expressa o alijamento de alguém (ou de algo) por outrem, como esclarece Anthony Giddens. A exclusão social consiste no isolamento dos indivíduos, no seu não envolvimento integral na sociedade mais ampla, em virtude de “processos” ou “mecanismos de exclusão”. A exclusão social tem várias formas (política, econômica) e é diferente da pobreza, uma vez que decorre de uma série de fatores que impedem o acesso de indivíduos ou grupos às mesmas oportunidades abertas para a maioria da população (GIDDENS, 2005, p. 265-267).

Observa Giddens (2005, p. 267) que há casos em que a exclusão social resulta de decisões que estão fora do próprio controle dos indivíduos, mas pode ocorrer também por opções de pessoas, que decidem se auto-excluir. Ressalta o autor que é preciso observar a interação que há entre “a ação e responsabilidade humanas” e “o papel das forças sociais que moldam as circunstâncias para as pessoas”. A exclusão social dos “heterodiscordantes” está fora do controle dos indivíduos por ela afetados. Não há que se falar, portanto, em responsabilidade.

Mais grave do que a exclusão social é a violência que se impregnou no processo de alijamento social, que foi tomado por uma onda de desrespeito, perseguição e mesmo morte, levantada, indistintamente, contra todos os que, de algum modo, não se adéquam ao sistema sexo-gênero. O conjunto dessas formas de agressão recebeu a denominação genérica de “homofobia”, definida pelo texto base da CN-LGBT, como “a conseqüência direta da hierarquização das sexualidades e do *status* superior arbitrariamente conferido à

²⁹ De acordo com Giddens, discriminação: são “atividades que negam a membros de um grupo determinado recursos ou recompensas que outros podem obter. Deve-se distinguir a discriminação do preconceito, ainda que ambos possam estar estreitamente associados. Pode acontecer que indivíduos que tenham preconceitos contra outros indivíduos não participem de atividades discriminatórias contra eles. De modo contrário, as

heterossexualidade, suposta como natural, em detrimento de outras manifestações e expressões das identidades e das práticas sexuais, tidas como inferiores ou mesmo anormais”. (CN-LGBT, 2008, p. 60). O PBSH, sem oferecer uma definição explícita para o termo, afirma reconhecer que: a) “a homofobia se reproduz sob múltiplas formas e em proporções muito significativas”; e b) dentre as “dinâmicas mais silenciosas e cotidianas da homofobia [estão] a humilhação, a ofensa e a extorsão” (2004, p. 17).

Os instantes movimentos sociais em defesa dos indivíduos injustamente atacados e a severidade das agressões de toda ordem sensibilizaram o governo federal, que, no âmbito do “Programa Direitos Humanos, Direito de Todos”, elaborou o “Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) e de Promoção da Cidadania de Homossexuais” - **“Brasil sem Homofobia”**, (auto)qualificado como um “marco histórico na luta pelo direito à dignidade e pelo respeito à diferença”.

Os intersexuais não foram mencionados no programa “Brasil sem Homofobia”, embora também sofram discriminação e exclusão social, desde o momento em que são reconhecidos como tais. Podem ser vislumbrados dois motivos para essa exclusão. O primeiro é que os intersexuais apresentam alguma característica física que impede o seu perfeito enquadramento no modelo macho-fêmea, fato que não se verifica com os homossexuais, bissexuais, travestis e transexuais. O segundo motivo é que, se seguidas as orientações do CFM, os intersexuais terão precocemente definido seu sexo biológico e passarão à categoria dos machos ou das fêmeas. Deve-se observar que, tradicionalmente, entende-se como bem sucedido o procedimento de definição do sexo, após o qual o indivíduo passa a viver o gênero que lhe é correspondente como heterossexual. (FAUSTO-STERLING, 2000, p. 6). Porém, nada impede a manutenção de uma situação de incongruência entre sexo e gênero pré-existente, ou a transição posterior do indivíduo para uma das situações sexuais antes mencionadas, possibilidade que será adiante melhor analisada. Do mesmo modo, pode haver o surgimento, quando não a continuidade ou agravamento, dos problemas decorrentes da discriminação e exclusão social.

Cabe indagar se é razoável, pura e simplesmente, entender que os intersexuais estão “automaticamente” incluídos no grupo LGBT. Mas, o que autoriza tal entendimento, e em qual categoria estariam os intersexuais subsumidos, dos *gays*, das lésbicas, dos transgêneros ou dos bissexuais? Impõe-se alguma reflexão.

O exame dos conceitos existentes para intersexuais, homossexuais, bissexuais, travestis e transexuais em muito auxilia a compreensão de cada uma dessas situações, e talvez esclareça se os intersexuais estão ou não compreendidos, como tais, isto é, sem serem identificados também como homossexuais, bissexuais, travestis e transexuais, na população LGBT³⁰.

Encontram-se no “Glossário Temático: DST e AIDS, 2006” (p. 46-47), as seguintes definições:

Transgênero, masc. Indivíduo de um determinado sexo que se traveste e se porta como um indivíduo do sexo oposto. Notas: 1. Os indivíduos do sexo masculino se submetem à cirurgia para mudar de sexo. 2. Transgênero designa tanto travesti quanto transexual. 3. O movimento organizado dos travestis mudou sua autodenominação, passando a ser movimento de transgêneros. Ver *Travesti*; *Transexual*.

Travesti, masc. Homem que assume a identidade feminina, veste-se e comporta-se como uma mulher, embora admita possuir o órgão sexual masculino.

Não há no “Glossário Temático: DST e AIDS, 2006” verbete específico para intersexual, bissexual, transexual, embora exista a remissão que se vê ao final do verbebo acima transcrito. O transgênero compreende o travesti e o transexual. Existe, porém, o verbebo “Gay enrustido”, que é o indivíduo do sexo masculino que mantém relações sexuais com outro indivíduo do mesmo sexo e que não assume, perante a sociedade, sua identidade sexual; trata-se do indivíduo do sexo masculino que não percebe sua homossexualidade. Não há verbebo dedicado à homossexualidade, mas existe para lésbica, conceituada como “homossexual feminina que pratica relações sexuais, exclusivamente, com outras mulheres”.

Observa-se que as lésbicas são homossexuais, mas em geral referenciadas como se constituíssem uma categoria própria. Contudo, a palavra homossexual é um adjetivo, que se refere a um comportamento sexual; o seu uso, gramaticalmente, deve indicar uma característica ou qualidade, mas é comum sua substantivação, de que é exemplo a inclusão da “promoção dos direitos humanos de homossexuais” dentre os princípios do PBSH. De acordo com Matilde Josefina Sutter (1993, p. 139), há vários conceitos para a homossexualidade, uns mais outros menos abrangentes, mas “seu núcleo se atém à atividade sexual praticada por dois indivíduos pertencentes ao mesmo sexo biológico”; a palavra homossexualidade é formada

³⁰ Sobre a questão dos conceitos envolvidos no sistema sexo-gênero, Aníbal Guimarães apresenta importante trabalho que reúne as concepções das principais entidades que tratam dos problemas LGBT, suas divergências e aproximações. Ver GUIMARÃES (2009, p. 16-33).

pelo prefixo grego *homo*, que significa “semelhante, igual”, e não da palavra latina *homo*, que significa “homem”.

Mais completo é o glossário constante do PBSH (2004, p. 30), antes citado, que classifica a homossexualidade, segundo o padrão de conduta e/ou identidade sexual, nos seguintes termos:

Homossexuais: são aqueles indivíduos que têm orientação sexual e afetiva por pessoas do mesmo sexo.

Gays: são indivíduos que, além de se relacionarem afetiva e sexualmente com pessoas do mesmo sexo, têm um estilo de vida de acordo com essa sua preferência, vivendo abertamente sua sexualidade.

Bissexuais: são indivíduos que se relacionam sexual e/ou afetivamente com qualquer dos sexos. Alguns assumem as facetas de sua sexualidade abertamente, enquanto outros vivem sua conduta sexual de forma fechada.

Lésbicas: terminologia utilizada para designar a homossexualidade feminina.

Transgêneros: terminologia utilizada que engloba tanto as travestis quanto as transexuais. É um homem no sentido fisiológico, mas se relaciona com o mundo como mulher.

Transexuais: são pessoas que não aceitam o sexo que ostentam anatomicamente. Sendo o fato psicológico predominante na transexualidade, o indivíduo identifica-se com o sexo oposto, embora dotado de genitália externa e interna de um único sexo.

Observa-se que esse glossário contém a classificação do HSH, sigla da expressão “Homens que fazem Sexo com Homens”, utilizada principalmente por profissionais da saúde, na área da epidemiologia, para se referir a homens que mantêm relações sexuais com outros homens, independente destes terem identidade sexual homossexual. (PBSH, 2006, p. 30).

Em face das transcrições acima, constata-se que a referência aos demais integrantes da população LGBT, que poderia indicar uma abrangência maior do programa, é feita no pressuposto de que todos são indivíduos que têm “atração afetiva e sexual por uma pessoa do mesmo sexo”, o que é adequado para todas as categorias relacionadas, mas nem sempre para o transexual, que pode ter comportamento heterossexual, após o processo transexualizador, ou mesmo se considerada apenas sua identidade sexual. Dessa forma, os intersexuais e os transexuais, que não sejam homossexuais, não estão incluídos no programa.

A luta por direitos e melhores condições de vida, empreendida pela população LGBT, vem resultando em expressivas conquistas sociais. Nesse sentido é bastante significativa a edição pelo governo brasileiro em 2009, do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, cuja ampla efetivação se aguarda.

O Plano de Cidadania LGBT tem por objetivo geral orientar a construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT. Uma das preocupações do Plano é garantir os recortes de gênero, orientação sexual, raça/etnia, origem social, procedência, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária, situação migratória, especificidades regionais, particularidades da pessoa com deficiência. É um Plano de maior âmbito, que fortalece o PBSH. Dentre os seus objetivos específicos, destacam-se o combate ao estigma e à discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, e a promoção dos direitos sociais da população LGBT brasileira, especialmente das pessoas em situação de risco social e exposição à violência. O Plano apresenta uma mudança no paradigma da garantia de direitos à população LGBT, fundamentando-se em diretrizes, como a diferenciação dos conceitos de homofobia, lesbofobia e transfobia.

O Plano acima referido, resultado da 1ª CN GLBT, hoje LGBT, ocorrida em Brasília entre 5 e 8 de junho de 2008, não mais se vincula à homossexualidade, e poderá alcançar maior número de pessoas, qualquer que seja sua orientação sexual, sua identidade de gênero ou seu comportamento sexual, que é o comportamento pelo qual os indivíduos exercem sua sexualidade, e que se desenvolve com base nas experiências de relacionamento familiar, social e amoroso, as quais também sofrem influência de fatores educacionais, socioculturais, psicológicos e biológicos. (Glossário Temático: DST e AIDS, 2006, p. 21).

Algumas constatações podem ser agora feitas. A primeira é que, homossexuais, bissexuais, travestis e transexuais têm em comum dois aspectos: a) não apresentam “anomalias da diferenciação sexual”; b) todos infringem as regras do sistema sexo-gênero, especialmente as relativas ao desejo e à prática sexual, ou seja, não seguem igualmente as regras da heteronormatividade. A segunda é instabilidade dos conceitos pertinentes às diferentes situações, o que compromete a formação de categorias³¹ e classificações. Observa-se que não há menção a homossexuais, bissexuais, travestis e transexuais na Resolução 1.664/2003 do CFM, que trata dos portadores de anomalias de diferenciação sexual, nem parece cabível incluí-los “entre outras” situações clínicas admissíveis pela referida Resolução.

A existência de categorias e classes, por lado, é negativa, na medida em que facilita o “quadriculamento” de que fala Michel Foucault, que permite a localização imediata do

³¹ **Categorias** = “*Categorias* são conceitos classificatórios. Constituem-se como termos carregados de significação, por meio dos quais a realidade é pensada de forma hierarquizada. Todo ser humano classifica a sociedade e os fenômenos que vivencia. O cientista o faz de maneira diferenciada: cria sistemas de categorias buscando encontrar unidade na diversidade e produzir explicações e generalizações. Na visão positiva, as categorias são consideradas rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse, efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos” (BARDIN, 1979, p. 117 *apud* MINAYO, 2006, p. 178).

indivíduo, e evita as distribuições por grupos, decompõe as implantações coletivas, analisa as pluralidades confusas, maciças ou fugidias, enfim, organiza o espaço analítico de que se vale a disciplina³² para conhecer, dominar e utilizar (FOUCAULT, 2008, p. 123). Mas, por outro lado, integram o processo de “formalização” do individual dentro das relações de poder (FOUCAULT, 2008, p. 158), o que tem o efeito colateral, no caso da população LGBT, de conferir visibilidade a pessoas que a sociedade quer invisíveis, ainda que não fosse esse o resultado esperado pelo poder.

A “visibilidade” das diferentes identidades sexuais, naquilo que têm de singular ou próprio, evita o tratamento massificado, que certamente prejudica o atendimento das demandas específicas de determinados grupos. Embora haja, como acima referido, aspectos comuns a todos os integrantes da população LGBT, as reivindicações não são as mesmas para todos os indivíduos. Sob esse ângulo, a construção de conceitos classificatórios poderá ser útil ao atendimento das diferentes demandas.

Nessa linha, a situação do intersexual, entendido como o indivíduo que tem alguma anomalia da diferenciação sexual, deve ser objeto de análise em separado (que escapa aos contornos desta tese), especialmente porque, a rigor, só estará incluído na população LGBT, se for também, homossexual, bissexual, travesti ou transexual. O mesmo entendimento é aplicável ao transexual que, embora expressamente incluído na população LGBT, tem reivindicações específicas, de que são exemplo o tratamento médico-cirúrgico e a requalificação civil, que diz respeito à alteração do nome e/ou do sexo no registro de nascimento do indivíduo, o que permite a obtenção de documentos adequados à identidade sexual vivenciada pelo mesmo. Nem todos os homossexuais e bissexuais, e mesmo travestis, terão este tipo de reivindicação.

A questão dos conceitos e classificações, como se vê, merece atenção e reflexão, não obstante presente as dificuldades já constatadas. Outros aspectos nela envolvidos devem ser considerados.

Conforme esclarece Marilena Corrêa (1998, p. 71-73), a princípio não se pode identificar um discurso médico unívoco sobre sexo e sexualidade, numa medicina que acumulou conhecimentos fragmentados sobre o corpo. A falta de um discurso unificado contrasta com a busca de critérios operacionais bem definidos, o que é usual na pesquisa médica. Em geral, os critérios que embasam o discurso médico se orientam no eixo saúde-

³² “Disciplina” aqui tem um dos sentidos que lhe dá Foucault, relacionado ao poder: “conjunto de técnicas em virtude das quais os sistemas de poder têm por objetivo e resultado a singularização dos indivíduos”. (*apud* CASTRO, 2009, p. 110).

doença, normal e patológico. Tal fato se deve à incongruência dos estudos sobre sexualidade e não à falta deles, o que gera para a medicina dificuldades no enfrentamento da sexualidade, em toda sua complexidade.

De acordo com a citada autora, só na segunda metade do século XIX ocorreu a primeira grande condensação do discurso médico sobre a sexualidade, com a constituição da denominada “medicina das perversões”. Só após as práticas disciplinares sobre o corpo, explicitadas por Foucault³³, a medicina passou a se ocupar do sexo, para regular as condutas cotidianas e os comportamentos individuais, com base em enunciados científicos que descreviam o normal e o anormal (CORRÊA, 1998, p. 75).

A despeito de sua importância, o discurso psiquiátrico sobre a perversão não concentrou todo o saber médico sobre o sexo, a sexualidade e a diferença sexual. Especialmente a partir da segunda metade do século XX, outras disciplinas médicas passaram a abordar questões relativas ao sexo, dentre as quais se destacam a endocrinologia e a genética (CORRÊA, 1998, p. 82). A idéia de que a decifração do genoma humano traria à luz as verdades mais fundamentais sobre o ser humano, trouxe novas expectativas aos estudos que procuram identificar o gene da homossexualidade ou da pedofilia, dentre outros. Contudo, como observa Corrêa (1998, p. 89), a fragilidade do modelo genético do homem e da mulher provém desses tipos de estudo, em razão de não os considerar como seres sociais.

A insistência nos critérios biológicos como os únicos, se não os mais legítimos, para estabelecer a diferença entre os sexos, põe em evidência o que Corrêa (1998, p. 90) denomina “o estranho estatuto da identidade sexual na medicina”. Nos casos de anomalias da diferenciação sexual (intersexualidade), nos quais os critérios biológicos não são suficientes para definir o sexo do indivíduo, a medicina recorre à identidade social ou psicológica, que terá papel determinante na definição do seu sexo. Para Corrêa, o transexual é o caso que melhor evidencia a insuficiência dos critérios biológicos na definição do sexo pela medicina. O transexual tem genética, hormonal e anatomicamente definido seu sexo, mas faz prevalecer uma norma excepcional, que tem por base seu sentimento de pertencimento ao sexo oposto ao que biologicamente lhe foi atribuído. (CORRÊA, 1998, p. 90)

Há uma figura que não pode ser preterida no estudo da transexualidade – o monstro humano, “o grande modelo de todas as pequenas discrepâncias”, o que é “ao mesmo tempo o

³³ Efetivamente Michel Foucault atribuiu importância decisiva às pequenas técnicas de anotação nos interrogatórios de anamnese, nas descrições de cada indivíduo, que para ele permitirão a “liberação epistemológica das ciências do indivíduo”, da emergência das ciências clínicas, que permitiu a entrada do indivíduo (e não mais da espécie) no campo do saber. Para Foucault, o nascimento das ciências do homem,

impossível e o proibido”, e, paradoxalmente, o princípio de inteligibilidade de todas as formas “miúdas” de anomalia, analisada por Michel Foucault (2001, p. 69-71).

O monstro humano, o indivíduo a ser corrigido, e o “masturbador” são as três figuras que constituíram o domínio da anomalia, a partir do século XVIII. O indivíduo a ser corrigido é um personagem mais recente que o monstro. Seu surgimento é contemporâneo à instauração das técnicas de disciplina, do poder disciplinar. Trata-se do indivíduo que escapa da normatividade disciplinar (e não da soberania da lei), e que deve ser, portanto, corrigido. (FOUCAULT, 2001, p. 415). O anormal do século XIX é descendente desses três indivíduos. Ao longo do tempo, ocorre o intercâmbio dos traços de cada um: o monstro sexual se confunde como desviante sexual; a masturbação seria capaz de provocar doenças e as piores deformidades do corpo e do comportamento (FOUCAULT, 2001, p. 76).

O monstro viola, simultaneamente, as leis da sociedade e da natureza. Por tal motivo, Foucault (2001, p. 69-70) o considera uma noção jurídica, no sentido amplo do termo. O monstro surge no campo “jurídico-biológico”; é o limite, o ponto de inflexão da lei, e, ao mesmo tempo, a exceção que só ocorre em casos extremos: ele combina o impossível com o proibido.

O monstro inquieta o sistema jurídico e o sistema médico. Onde e como quer que ele se manifeste, é essencialmente misto, é uma mistura: a) do reino animal e do reino humano (o homem com cabeça de boi, o homem com pés de ave); b) de duas espécies (o porco com cabeça de carneiro); c) de vida e de morte (o feto que nasce com grave anomalia e vive somente alguns momentos); d) de formas (o indivíduo que não tem braços, ou tem pernas unidas como um peixe); e) de dois indivíduos (o homem de duas cabeças e um corpo, ou de um só corpo com duas cabeças); f) de dois sexos (o indivíduo que é ao mesmo tempo mulher e homem). Em todos esses casos há a marca da transgressão dos limites naturais, das classificações, da lei como quadro classificatório. A monstruosidade trata da transgressão (FOUCAULT, 2001, p. 79).

Os hermafroditas, até o início do século XVII, eram considerados monstros e queimados, pelo fato de possuírem dois sexos³⁴. A partir daquele século, porém, passou a ser exigido do hermafrodita que escolhesse seu sexo, o que fosse dominante, e que se comportasse de acordo com o sexo escolhido, principalmente que se vestisse adequadamente.

aparentemente, deve ser procurado nesses arquivos de pouca glória, onde se construiu “o jogo moderno das coerções sobre os corpos, os gestos, os comportamentos”. (FOUCAULT, 2008, p. 159).

³⁴ Este o caso de Antide Collas, denunciado como hermafrodita. Os médicos que o examinaram concluíram que tinha realmente os dois sexos, e que isso só ocorrera porque tivera relações com Satanás, que lhe havia

Mas, se usasse o outro sexo que portava, infringiria as leis penais e seria condenado por sodomia. Isto ocorreu com dois hermafroditas que viviam juntos, e por este fato, pressupostamente, faziam uso dos dois sexos, um com o outro, motivo bastante para serem queimados. Em outro caso, conhecido como “o hermafrodita de Rouen”³⁵, um dos médicos declara expressamente que o hermafrodita é um monstro, por ser contra a ordem e a regra ordinária da natureza, que separou o gênero humano em dois, machos e fêmeas. Aquele que tem os dois sexos é, portanto, um monstro; deve ser examinado para que se determine que roupas deve vestir e se, efetivamente, deve se casar e com quem (FOUCAULT, 2001, p. 84-89).

Estes, em linhas gerais, os traços da figura do monstro humano, cujos vestígios podem ser constatados até hoje, em várias situações médicas, porém, não mais sob a denominação de monstruosidades³⁶. Observa-se, contudo, no parecer CFM 39/97 (que orientou a aprovação da resolução que autorizou as cirurgias de transgenitalização) a preocupação com a recomposição da unidade “biopsicomorfológica do ser humano”, com a correção da dicotomia “não provocada pela mão do homem”, em dar forma a “[...]aquilo que a natureza, por descuido, deformou”, às “deformações grotescas da genitália”, como se vê nos seguintes trechos:

Portanto, a questão ética primordial para o CFM [...] é definir como tratamento a correção cirúrgica da genitália externa e dos caracteres sexuais secundários, visando recompor a unidade biopsicomorfológica do ser humano, muito acima da simples função reprodutora. Essa dicotomia não foi provocada pela mão do homem, nem por caprichos de índole sexual das minorias oprimidas, mas pela própria natureza em sua infortunística fisiológico (*sic*) de má formação. E pode, no caso, corrigir o homem aquilo que a natureza, por descuido, deformou. Por que não?

[...]

Nosso parecer alcança, com mais propriedade e pertinência, as formas de hermafroditismo falso ou verdadeiro, como deformações grotescas da genitália que comprometem o lastro psicológico do sexo, além do comprometimento irreversível da função reprodutora, portanto, formas passíveis de correção cirúrgica, sem controvérsia. [...] (Parecer CFM 39/97, p. 4).

O monstro do fim do século XIX, e que permanece até este início do século XXI, é o anormal, uma versão mais pálida, cotidiana e discreta do monstro. Todas as técnicas médicas giram em torno da anomalia (FOUCAULT, 2001, p. 71).

acrescentado ao sexo primitivo, um segundo sexo. Torturado Antide Collas confessou ter mantido relações com Satanás, o que motivou sua condenação e execução em Dôle, em 1599. (FOUCAULT, 2001, p. 84).

³⁵ Trata-se do caso de Marie Lemarcis, registrada como mulher, que adota o nome de Marin Lemarcis e o gênero masculino, casa-se com uma viúva, já mãe de três filhos.

O debate se desloca, desse modo, para o campo do normal e do patológico, um dos eixos sobre os quais se orienta o discurso médico, conforme acima referido (CORRÊA, 1998, p. 72-73). Georges Canguilhem (2006, p. 4-5), que se debruçou sobre o tema, ressalta a possibilidade – “e mesmo a obrigação” – de se esclarecer as formações normais pelo conhecimento das formações monstruosas. Afirma, com convicção, que não existe, “em tese e *a priori*, diferença ontológica entre uma forma viva perfeita e uma forma viva malograda”.

Segundo Canguilhem, definir o anormal com base no que é de mais ou de menos, tomando uma medida considerada válida e desejável como referência, significa definir o que é anormal em relação a uma norma. Isto implica reconhecer o caráter normativo do estado dito normal ou fisiológico, o qual “deixa de ser apenas uma disposição detectável e explicável como um fato, para ser a manifestação do apego a algum valor”³⁷. No campo das funções e necessidades fisiológicas somente se pode falar em “de mais” ou “de menos”, em relação a uma norma (CANGUILHEM, 2006, p. 74).

Michel Foucault³⁸ considera importante a idéia, defendida por Canguilhem, de que a norma não se define absolutamente como uma lei natural, mas em função do grau de exigência e de coerção que é capaz de exercer em relação aos domínios a que se aplica. Em consequência, a norma não é simplesmente um princípio, nem mesmo um princípio de inteligibilidade, mas sim um elemento que legitima e fundamenta o exercício do poder. A terceira idéia de Canguilhem, destacada por Foucault, é que a norma traz consigo um princípio de qualificação e de correção. A função da norma não é rejeitar, excluir, por isso está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo (FOUCAULT, 2001, p. 62). O conceito de norma, para Canguilhem, é polêmico, para Foucault, político.

A anomalia abriu um domínio de ingerência, análise, controle e intervenção para a psiquiatria, que atravessou o campo da sexualidade, segundo Michel Foucault, de dois modos: o primeiro, através da identificação dos fenômenos da herança e da degeneração; o segundo, através da identificação dos distúrbios característicos da anomalia sexual, que no final do

³⁶ Servem de exemplo as graves anomalias fetais, como os fetos anencefálicos e os portadores de doenças graves deformantes. No vocabulário popular ainda há referência ao “monstro”, para designar tais seres.

³⁷ Canguilhem analisou várias teorias que procuram distinguir o normal do patológico, dentre as quais as que têm por base a noção de excesso e falta, para ele noções implicitamente qualitativas e quantitativas. Criticou a tese segundo a qual a patologia é uma fisiologia mais ampla e extensa, bem como a ambição de tornar a patologia e a terapêutica integralmente científicas, com base em uma fisiologia previamente estabelecida. Para o autor, isto somente teria sentido, se fosse possível: a) definir previa e objetivamente o normal, com um fato; b) traduzir a diferença entre o normal e o patológico em termos de quantidade, único modo de dar conta, simultaneamente, da homogeneidade e da variação. (CANGUILHEM, 2006, p. 25-26)

³⁸ Foucault (2001, p. 61) se refere à segunda edição da obra de Canguilhem já citada, na parte que trata da norma e da normalização, como um “lote de idéias histórica e metodologicamente fecundas”.

século XIX (1880-1890) torna-se o fundamento geral da maioria das outras anomalias (FOUCAULT, 2001, p. 210-212). Foucault observa que até cerca de 1850, a parte da sexualidade na medicina da alienação mental era extraordinariamente reduzida. Para este autor, a súbita ligação do problema da sexualidade à psiquiatria se deve, em síntese, ao procedimento da “revelação forçada e obrigatória” da sexualidade, que se iniciara com a confissão sacramental, e adquire novas formas institucionalizadas, agora científica e economicamente codificadas, através da psiquiatria, da psicanálise e da sexologia³⁹.

Em 1870 surge o primeiro trabalho teórico sobre a homossexualidade, escrito por Westphal (FOUCAULT, 2001, p. 212). A partir desse ano a homossexualidade começou a ser objeto de análise médica. Iniciou-se, então, o internamento dos homossexuais nos asilos, para que fossem curados. De libertinos ou delinquentes, sujeitos a punições no século XVII, passaram a ser percebidos como “doentes do instinto sexual”, pertencentes à família dos loucos (FOUCAULT, 2003b, p. 233-234).

Desde fins do século XIX, a sexualidade tem sido objeto de estudo da psicanálise. Destaca-se nesse campo a obra de Sigmund Freud, em especial o trabalho intitulado **Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade**⁴⁰, que não constituem uma teoria completa sobre a sexualidade, mas muito esclarecem sobre as funções sexuais dos seres humanos e sobre os ali denominados pervertidos (FREUD, 1972, p. 134).

De acordo com Freud (1972, p. 136) ocorrem numerosos desvios em relação tanto ao **objeto sexual**, isto é, à pessoa de quem procede a atração sexual, quanto ao **objetivo sexual**, ou seja, ao ato a que o instinto conduz. Os indivíduos que têm por objeto sexual pessoas de sexo igual ao seu, e, portanto, “sentimentos sexuais contrários”, são chamados de “invertidos”. O comportamento dos invertidos é variado, sob diferentes aspectos⁴¹. A inversão não se confunde, porém, com a degenerescência⁴², que ocorre em casos que reúnem “vários e graves desvios do normal”, dentre outras características.

A natureza da inversão não é congênita, nem adquirida. Para Freud, dizer que a inversão é congênita significa “aceitar a explicação grosseira de que todos nascemos com o instinto sexual ligado a um determinado objeto sexual”. Com relação à hipótese de aquisição,

³⁹ A ligação da sexualidade à psiquiatria é objeto de longa análise pelo autor, na obra *Os anormais* (FOUCAULT, 2001, p. 214-215), já citada; este tema foge, contudo, aos objetivos centrais desta tese.

⁴⁰ Os “Ensaio” muito podem colaborar para a compreensão das situações sexuais aqui tratadas. Trata-se, porém, de trabalho longo e denso, do qual serão destacados apenas alguns aspectos diretamente relacionados com a questão aqui examinada.

⁴¹ A variação desses comportamentos é explicada por Freud (1972, p. 136-138), que reconhece, porém, a existência de vários exemplos intermediários de cada tipo apresentado, o que leva a concluir tratar-se de uma série interligada.

o autor entende que as influências acidentais não seriam suficientes para explicar a inversão, que conta sempre com a cooperação de alguma coisa do próprio indivíduo, “fator que não pode ser contestado” (FREUD, 1972, p. 141). No entendimento de Freud (1972, nota acrescentada em 1910, p. 145), a psicanálise ainda não tinha apresentado uma explicação completa da origem da inversão, mas descobrira o mecanismo psíquico do seu desenvolvimento, o que muito colaborou na exposição dos problemas a ela relacionados. Insistiu, porém, em que o conceito de inversão quanto ao objeto sexual fosse separado claramente do conceito relativo aos indivíduos que apresentam uma mistura de caracteres sexuais, casos que são reciprocamente independentes (p. 147, final da nota acrescentada em 1915).

Ao tratar das perversões em geral, Freud faz dois esclarecimentos: a) a perversão e a inversão, não são, necessariamente, indícios de doença; b) é inadequado usar a palavra perversão como termo de censura, uma vez que há alguma coisa perversa no objetivo sexual normal. As perversões patológicas ocorrem quando o instinto sexual sobrepuja a vergonha, a repugnância, ou o horror⁴³; a perversão nestes casos tem características de exclusividade e fixação e afasta o instinto sexual normal (FREUD, 1972, nota acrescentada em 1910, p. 162-163).

Sobre as funções sexuais, que dizem respeito à escolha do objeto e dos objetivos sexuais de alguém⁴⁴, Freud (1972, p. 150, nota 1) observa que um grande número de indivíduos valoriza primordialmente os méritos do objeto, em detrimento da atividade instintiva em si. Nisto residiria a diferença mais notável entre a vida erótica da Antiguidade e aquela contemporânea ao referido autor: os antigos davam mais importância ao próprio instinto, enquanto os modernos valorizam mais o objeto sexual.

Freud apresenta e aceita a crítica à tendência de se rotular como “homossexualidade” ou “homo-erotismo” numerosas condições diferentes, apenas por apresentarem sintoma de inversão. Deveria haver clara distinção entre os “homo-eróticos subjetivos”, indivíduos que se sentem e se comportam como mulher, e os “homo-erótico objetivos”, indivíduos “totalmente masculinos e que apenas substituíram um objeto feminino por um masculino” (FREUD, 1972, p. 147-148).

Nessa linha, Freud (1972, p. 146, nota acrescentada em 1915) manifesta expressa oposição a que se destaquem os homossexuais, como “um grupo à parte do resto da humanidade”, uma vez que todos os seres humanos são capazes de escolher um objeto

⁴² Com relação à degenerescência, em nota o autor observa que o “conceito que deve ser usado com muita cautela e que tem “muito pouco valor prático”. (FREUD, 1972, p. 139).

⁴³ A vergonha, a repugnância, o horror, a moralidade e a dor são “resistências contra o instinto sexual”. (FREUD, 1972, nota acrescentada em 1910, p. 163, 167).

homossexual. A ligação libidinosa com uma pessoa do mesmo sexo, tanto quanto as mantidas com o sexo oposto, são fator importante na vida psíquica normal, e muito mais importante como causa de doenças. A escolha do objeto, independentemente do seu sexo, pode desenvolver tanto os tipos normais como os invertidos. Em conseqüência, “o interesse sexual exclusivo de homens por mulheres também constitui um problema que precisa ser elucidado, pois não é evidente em si mesmo, baseado em uma atração, afinal de natureza química” (FREUD, 1972, p. 146). Para Freud, a atitude sexual definitiva do indivíduo somente se define após a puberdade, e resulta de um conjunto de fatores, nem todos conhecidos, uns de natureza constitucional, outros acidentais. A multiplicidade desses fatores explica a diversidade de atitudes sexuais manifestadas pelos indivíduos (1972, p. 146, nota acrescentada em 1915).

Não obstante este entendimento, a vida sexual normal (FREUD, 1972, p. 213) se caracteriza pela exata convergência da corrente afetiva e da corrente sexual, ambas dirigidas para o objeto sexual – que deve ser de sexo diferente - e o objetivo sexual – que deve ser heterossexual.

Devem ser destacados alguns aspectos do trabalho de Freud, acima referenciado de modo singelo e breve. O primeiro é ter sido baseado inteiramente na pesquisa psicanalítica; as “descobertas da biologia” foram deliberadamente afastadas (FREUD, 1972, p. 130). Portanto, os comportamentos analisados não têm, necessariamente, vínculo com fatores biológicos. As inversões e perversões são distintas do que se pode denominar patologias mentais. Os invertidos e perversos são anormais⁴⁵, no campo em que a norma é a heterossexualidade.

Em conseqüência, para a psicanálise, é anormal a identidade sexual - entendida como o sentimento da pessoa em relação ao fato de pertencer ao sexo feminino ou masculino – quando não coerente com o sexo biológico, ou quando não lhe corresponde um comportamento heterossexual.

A instabilidade dos conceitos das situações sexuais discordantes do sistema sexo-gênero dificulta sua compreensão pela ciência que “repele o indeterminado”⁴⁶. Há, porém, em cada uma dessas situações a manifestação de uma identidade sexual. Contudo, o “sentimento de pertencimento a um sexo” não é francamente reconhecido pela medicina, que por vezes o

⁴⁴ O conceito de “funções sexuais” não foi tratado especificamente nos “Ensaio”, mas se pode depreender que elas se referem à escolha do objeto e dos objetivos sexuais do indivíduo.

⁴⁵ Há menção expressa à “anormalidade” das perversões nas conclusões de p. 165. (FREUD, 1972, nota acrescida em 1910, p. 165).

⁴⁶ Há um entendimento, já antigo, de que a “[a] ciência repele o indeterminado”, já que o “o determinismo não é uma exigência de método, um postulado normativo da pesquisa”, o “determinismo é a própria realidade”. BERNARD; LAPLACE *apud* CANGUILHEM, 2006, p. 71-72).

admite, nem pela psiquiatria/psicanálise, que analisa e cataloga os comportamentos sexuais, mas classifica as inversões e perversões – mesmo as reconhecidamente não patológicas – no campo das anomalias, já que estão situadas no campo do que não é “normal”.

Deve-se observar que o próprio conceito de identidade sexual, como “o sentimento da pessoa em relação ao fato de pertencer ao sexo feminino ou masculino” (Glossário MS, 2004, p. 63), se restringe ao “estado sexual”, ao modo de ser do indivíduo. Nada é dito quanto à possibilidade de escolha do objeto sexual, nem quanto à função sexual, à qual se deve acrescentar o problema do desejo de exercê-la (ou não), e de que modo fazê-lo (CORRÊA, 1998, p. 88). Para se incluir a orientação sexual e a função sexual no conceito de identidade sexual, pode-se dizer que é o conjunto de características sexuais que diferenciam cada pessoa das demais, que nem sempre estão de acordo com o seu sexo biológico ou com a sua genitália, o qual se expressa pelas preferências sexuais, pelas atitudes em relação ao sexo, e pelos sentimentos de masculinidade ou feminilidade que acompanham a pessoa ao longo da vida. Nesse sentido o conceito de “identidade sexual” constante do PBSH (2004, p. 29).

O simples rótulo de “anormal”, não importa por qual razão, acarreta a discriminação e a exclusão social do indivíduo, o que prejudica de modo significativo, sua vida social e interpessoal, e, em especial, o exercício de seus direitos civis, políticos, econômicos e culturais. O que se constata, porém, é que há diferenças no tratamento sócio-jurídico dispensado aos anormais. Em geral, os que padecem de alguma doença são objeto de solidariedade e/ou piedade por parte da sociedade, e recebem do direito proteção especial. Há na Constituição da República várias disposições dedicadas a esses “anormais”, de que são exemplo os portadores de deficiência física. As restrições de direitos civis, quando feitas, o são exclusivamente para proteção e em nome do interesse do deficiente.

No caso da população LGBT não é isso que se constata. A sociedade acolhe determinados indivíduos, por atributos pessoais reconhecidos, de que são exemplo os integrantes da classe artística em geral, ou pessoas ligadas ao mundo da moda e da beleza. Os demais são tolerados por parte da sociedade ou simples e francamente rejeitados talvez pela maioria dela, de forma velada ou explícita. A homofobia, que atinge todos os indivíduos do grupo LGBT, como antes assinalado, é prova bastante dessa rejeição.

No que respeita ao exercício de direitos, as lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais têm recebido tratamento diferente dos demais cidadãos, fato que demonstra o sentimento que eles despertam na sociedade. Há significativo cerceamento de direitos civis, especialmente dos concernentes às relações existenciais, como o direito de casar, constituir

família, ter filhos e adotar. Na verdade, não há proibições expressas. As vedações são indiretas e muitas decorrem da interpretação que é dada às leis existentes sobre a matéria⁴⁷.

O ordenamento jurídico que assegura igualdade entre todas as pessoas, sem distinção de qualquer natureza (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1998. art. 5º, caput), e que confere proteção especial expressa aos vulnerados⁴⁸, como os portadores de deficiência, crianças e idosos, silencia em face da população LGBT. Parece, embora isso chegue às raias do absurdo, que a lei que defende os vulnerados, quer defender a sociedade **dos** integrantes do grupo LGBT, muitos deles igualmente vulnerados física e socialmente.

Os fatos, porém, demonstram o tratamento diferenciado que é dado às lésbicas, homossexuais, bissexuais, travestis e transexuais. A razão dessa diferença não é clara, não há uma justificativa que possa ser de imediato apresentada. Mais grave, porém, é a situação do transexual, que merece análise em separado.

2.3. Transexualidade

A transexualidade afronta as instituições sociais, ao romper a ordem “natural” do sistema sexo-gênero. Mais do que isso, a “mudança” de sexo, resultante da alteração do fenótipo e da cirurgia de transgenitalização, possibilidade inimaginável há algumas décadas, mas hoje incluída na prática médica, afeta diretamente, e a um só tempo, todas as dimensões da sexualidade e das relações sociais que lhe são vinculadas. É uma situação efetivamente peculiar: se aproxima, aparentemente, da intersexualidade e do travestismo, sem com eles se confundir, mas pode se integrar à homossexualidade e à bissexualidade, como aqui se demonstrará. É considerada uma perversão, mas que tem tratamento médico-cirúrgico, embora não haja, a rigor, nenhuma anomalia da diferenciação sexual. Trata-se, sem dúvida, de um caso singular, mesmo dentre as situações sexuais: tudo é dúbio e contraditório em relação à transexualidade.

⁴⁷ Não há lei que proíba expressamente o casamento entre pessoas do mesmo sexo, mas a lei civil estabelece que o casamento se realiza no momento em que “o homem e a mulher” manifestam perante o juiz sua vontade de estabelecer vínculo conjugal (Lei 10.406/2002, art. 1.514). Do mesmo modo, a união estável somente é reconhecida entre o homem e a mulher (Constituição Federal, art. 226, § 3º).

⁴⁸ A vulnerabilidade é entendida como o “conjunto de fatores biológicos, epidemiológicos, sociais e culturais que determinam a ampliação ou a redução do risco e da proteção de uma pessoa ou de uma população em relação a uma determinada doença, condição ou dano” (Glossário DST AIDS, 2006, p. 49). De modo simples e resumido, pode-se dizer que para o indivíduo vulnerado, o risco já se tornou dano, o que aumenta a necessidade de proteção, em muitos casos de natureza especial. Sobre os conceitos de vulnerabilidade e os que lhe são correlatos ver SCHRAMM (2008, p. 11-23). Sobre a proteção em tais casos ver BARBOZA (2009b).

Para começar, a terminologia a ser adota é discutida: Transexual ou transgênero? Transexualismo ou transexualidade? A definição de transexual vem sendo feita em função de outros conceitos compreendidos no âmbito da sexualidade, do sexo e do gênero. Contudo, a incongruência entre o sexo e o gênero vivenciado pelo transexual situa o indivíduo em uma zona de transição, bem indicada pelo prefixo – *trans*, a denotar “movimento para além de” ou “através de” (FERREIRA, 2003; HOUAISS, 2001). Mas qual conceito é rompido, o de sexo ou o de gênero?

A medicina, como visto, não inclui nos critérios de definição do sexo a identidade sexual, que compreende, conforme o conceito antes apresentado, a identidade de gênero (como o indivíduo se sente), e a identidade social (como o indivíduo vive e é qualificado socialmente), mas acabou por admiti-la, expressamente, nos casos do transexualismo e das anomalias da diferenciação sexual.

O transexual tem seu sexo determinado ao nascer, uma vez que não apresenta anomalia da genitália. Se considerada apenas a identidade de gênero, o transexual, sob certo aspecto, também não apresenta problemas de gênero, na medida em que o indivíduo se esmera no desempenho do papel do gênero correspondente ao sexo ao qual “sente” pertencer. A transgressão se verifica exatamente na incompatibilidade entre o seu sexo biológico e o gênero que vivencia, ou seja, no fato de não cumprir o destino que lhe foi traçado.

A designação “transexual” indica a passagem de um sexo para outro, enquanto “transgênero” estaria a indicar a migração de gênero. Há um gênero que é vivido e já está incorporado à subjetividade do indivíduo, e o tratamento prevê exatamente a *redesignação* sexual, em função desse gênero. Prevalece, portanto, o gênero adotado pelo indivíduo. Embora não guarde precisão, como se vê, a denominação “transexual” é a que tem sido adotada em geral, de que é exemplo o seu uso pela medicina (Resolução CFM 1.652/2002) e pelo movimento LGBT, acrônimo que inclui os transexuais. A palavra “transgênero” ganhou conotação de categoria, que compreende os transexuais e os travestis (Glossário DST AIDS, 2006, p. 46). Embora não signifique um diagnóstico formal, o termo **transgênero** passou a ser usado em referência a pessoas com identidade de gênero não comuns, de qualquer tipo, entre a publicação do DSM-III e o DSM-IV (ATHAYDE, 2001, p. 401).

Podem ser vislumbradas duas razões, não explícitas, para a prevalência do termo “transexual”. Por parte dos indivíduos que se encontram nessa situação, “transexual” parece expressar melhor a desejada transição do sexo biológico existente, para o sexo oposto a que sentem pertencer. Para a medicina, o processo transexualizador - que inclui a cirurgia de transgenitalização e tem o propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo

psíquico - põe fim, de certo modo, à indeterminação do sexo do indivíduo. Terminado o processo haverá um homem ou uma mulher que manterá, ainda que em decorrência do tratamento, a coerência entre o sexo e o gênero.

O termo “transexual” surgiu na década de 50 do século XX, para designar o indivíduo que desejasse viver o papel de gênero contrário ao seu sexo biológico, independentemente do uso de hormônios ou outras interferências corporais. Nas décadas de 60 e 70, passou-se a usar a designação “verdadeiro transexual”, para indicar os que comprovadamente viveriam melhor após terapia e cirurgia genital. Em seguida, adotou-se a referência à “síndrome de disforia de gênero”, para designar um distúrbio de gênero. Em 1980, o DSM - III incluiu o diagnóstico de transexualismo para os indivíduos que apresentassem gênero disfórico e demonstrassem, pelo menos durante dois anos, “um interesse contínuo em transformar o sexo do seu corpo e o *status* do seu gênero social”. O DSM-IV, em 1994, em lugar da denominação **transexualismo**, adotou a denominação **Desordem da Identidade de Gênero**, também encontrada na CID-10 (2008) (ATHAYDE, 2001, p. 408).

Aparentemente menos tormentosa é a qualificação do **estado**⁴⁹ do transexual, posto que, para a medicina, o paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou auto-extermínio. Cabe lembrar que de acordo como o Glossário MS (2004, p. 63), a identidade sexual refere-se ao sentimento da pessoa em relação ao fato de pertencer ao sexo feminino ou masculino. Nessa linha, o Conselho Federal de Medicina, pela Resolução 1.652/2002, estabeleceu os **critérios mínimos** aos quais deve obedecer a definição do **transexualismo**, a saber: a) desconforto com o sexo anatômico natural; b) desejo expresso de eliminar os genitais, de perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e de ganhar as do sexo oposto; c) permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; e d) ausência de outros transtornos mentais.

Conforme a mencionada Resolução, o tratamento dos casos de transexualismo compreende a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e a do tipo neofaloplastia, esta em caráter experimental, bem como procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários (artigos 1º e 2º). A cirurgia de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários, tem o propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo psíquico. A

⁴⁹ A palavra *estado*, do latim *statu*, é aqui utilizada no seu sentido original de “modo de ser ou estar”, “situação ou disposição em que se acham as pessoas ou coisas”, “modo de existir na sociedade”, “condição física de uma pessoa”, que bem se aplica ao caso. (Cf. FERREIRA, 2003; HOUAISS, 2001).

neocolpovulvoplastia objetiva a transformação da genitália masculina em feminina (*MtF*) e a neofaloplastia ocorre no caso contrário (*FtM*). Cabe observar que internacionalmente tem se utilizado as siglas em inglês *MtF* para designar a transformação do homem (*male*) para mulher (*female*) e *FtM*, para o caso contrário (BENTO, 2008, p. 142).

A autorização para realização das citadas cirurgias, durante muito tempo consideradas como crime de lesão corporal grave⁵⁰, ocorreu em 1997. O parecer CFM 39/97⁵¹, que orientou a aprovação da primeira Resolução do CFM sobre transexualismo e dispôs sobre esses procedimentos, deixa claro que, para se reconhecer tais cirurgias como opção terapêutica:

[...] **é forçoso reconhecer em caráter preliminar**, como pré-requisito, a **existência de múltiplas definições de identidade sexual**, além do simples sexo cromossômico ou genético surgido na oogênese e traduzido pela formulação 44xx e 44xy, fêmea e macho (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997). (sem grifos no original)

No mesmo parecer, porém, retoma-se como fundamento o vínculo biológico, em seu viés mais atual - o genético. A proposta que então se fez, de permissão das cirurgias de transgenitalização a título experimental, contrariava pareceres anteriores, que as rejeitavam. Um argumento final, apresentado na conclusão do parecer 39/97, muito deve ter contribuído para sua aprovação, a saber: “por outro lado, estudos genéticos de ponta indicam, na atualidade, bases orgânicas para os desvios de identidade sexual”. Como observou Anne Fausto-Sterling (2000, p. 5), se comprovadas essas bases orgânicas, “os médicos estariam apenas completando a intenção da natureza”.

Pode-se entender, desse modo, que o reconhecimento da existência de múltiplas definições de identidade sexual não foi fundamento bastante para autorizar o tratamento cirúrgico dos transexuais. Houve, como sempre tem se verificado, a tentativa de uma explicação biológica para a transexualidade. Lembre-se que o transexual não tem problema de definição do seu sexo biológico, de acordo com os critérios adotados pelo CFM. Na verdade, o que levou à permissão das cirurgias não foi o reconhecimento da identidade sexual ou da identidade de gênero, mas a existência de um **desvio** de identidade sexual, como se vê em

⁵⁰ Sobre a responsabilidade penal do médico, ver SUTTER (1993, p. 138). Trata-se de entendimento com mais de 10 anos, mas que traduz bem o pensamento mais conservador no âmbito penal sobre o assunto, sobre o qual, na verdade, o legislador ainda não se pronunciou.

⁵¹ Parecer e proposta de resolução PC/CFM/Nº 39/97, que resultou na aprovação da Resolução CFM nº 1.482/97, hoje revogada, a qual disciplinava a realização, a título experimental, da cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia, e/ou dos procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. O parecer foi exarado pelos Drs. Júlio Cezar Meirelles Gomes e Lúcio Mário da Cruz Bulhões, com base no entendimento do professor Jalma Jurado, estudioso da matéria e autor de técnicas cirúrgicas transgenitais. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/pareceres/cfm/1997/39_1997.htm>. Acesso em: 07 jan. 2010.

ambas as Resoluções do CFM sobre a matéria. Cabe, portanto, indagar o que realmente se pretende: a) resolver um problema físico de quem não tem o corpo adequado ao sexo ao qual entende pertencer; ou b) corrigir cirurgicamente um **desvio** psicológico permanente de identidade sexual, que é considerada anormal quando não há coerência entre o sexo psíquico e o sexo biológico, ou quando não lhe corresponde um comportamento heterossexual. Identifica-se aqui uma face do “o estranho estatuto da identidade sexual na medicina”, de que nos fala Marilena Corrêa (1998, p. 90).

A exigência da caracterização de um desvio psicológico permanente de identidade sexual gera duas conseqüências importantes. A primeira é deslocar a questão para o campo da psiquiatria e da psicanálise, mais precisamente para o campo da denominada “medicina das perversões”, onde se retoma a discussão sobre o normal e o patológico: o caso envolve **transexualismo** ou **transexualidade**? A segunda, imbricada com a primeira, diz respeito à autonomia da pessoa transexual - em outras palavras, ao reconhecimento do direito do indivíduo determinar o próprio sexo, ainda que sua decisão afronte o sistema sexo-gênero e a heteronormatividade.

A qualificação do transexualismo como um transtorno de identidade, ao contrário do que possa parecer, não é pacífica. A questão foi analisada por Márcia Arán (2006, p. 50), para quem, em síntese, “o discurso atual sobre o transexualismo na sexologia, na psiquiatria e em parte da psicanálise faz desta experiência uma patologia”, um desvio de identidade, em razão da incoerência entre sexo biológico e gênero. Segundo a autora, esta não-conformidade sexo-gênero, também pode ser uma psicose, dada à recusa à diferença sexual, ou seja, à “castração dita simbólica”. Observa, ainda, que algumas teorias destacam a relação entre a transexualidade e a compreensão lógica e estrutural da psicose (ARÁN, 2006, p. 56). Conforme Arán, esses diagnósticos decorrem da concepção normativa do sistema sexo-gênero e da matriz heterossexual, que regulam a sexualidade e a subjetividade.

Deve ser ressaltada nessa matéria a importância do trabalho de Sigmund Freud, **Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade**, mencionado no item anterior, um marco decisivo na compreensão da sexualidade, e que influenciou todas as teorias posteriores, conforme Márcia Arán. (2006, p. 55). Embora Freud não tenha tratado do transexual⁵², este é um perverso, à luz

⁵² O transexual poderia ser entrevistado dentre os “homo-eróticos subjetivos”, indivíduos que se sentem e se comportam como mulher, e que podem ser classificados entre os “intermediários sexuais verdadeiros”, e cuja inclusão no rol dos “neuróticos obsessivos” é considerada infeliz por Freud. O autor se refere, ainda, a um caso de “transformação de sexo”, em um homem que perdera os testículos e passou a se comportar como homossexual passivo, até que um “enxerto de um testículo ectópico” o fez retornar ao comportamento másculo. Não parece, porém, que o autor considerasse o transexual, em qualquer dos casos. (FREUD, 1972, p. 147-148).

de sua teoria. Merecem, também, referência algumas afirmativas que demonstram, a título de exemplo, a que ponto vão as diferenças entre as teorias sobre o transexualismo.

De acordo com Henry Frignet (2002, p. 14), a “mudança de sexo é uma ilusão”, pois o ser humano mantém até a morte o que desde a concepção se instaurou no seu corpo. O transexualismo para Frignet se originou do progresso biotecnocientífico, que a partir do século XX, permitiu alterar a aparência das pessoas. Para o autor, o interesse dos meios de comunicação faz parte do próprio fenômeno, e contribui de modo eficaz para a criação e para a manutenção desse “sintoma social moderno” (FRIGNET, 2002, p. 14). Frignet faz a distinção entre os “transexuais”, que manifestam o transexualismo enraizado na psicose, e o “transexualistas”, denominação atribuída aos indivíduos que apresentam uma resposta “à recusa social da diferença dos sexos, doravante identificável em nossas culturas”, de tal modo exacerbado, que não hesitam em promover alterações hormonocirúrgicas em seu corpo (FRIGNET, 2002, p. 16).

De acordo com Márcia Arán (2006, p. 56), “Frignet destaca a importância da identificação originária como um processo inaugural de aquisição da subjetividade, na qual são combinados tanto os processos de identificação como os de reconhecimento pelo pai. [...] uma operação primária, indispensável à estruturação subjetiva, e que permitirá apreender tanto o registro imaginário, como o do real do corpo.” Para Frignet é, “[...] essa identificação real que o transexual recusa, e é esta diferença, para ele inacessível, que vai fazer retorno no real sob a forma de reivindicação de ser de outro sexo — outro no imaginário e Outro no simbólico —, com a demanda de redesignação anatômica, no imaginário e no real, que lhe acompanha, e a demanda de modificação, visando — sem espera — o simbólico, desta vez no seu estado civil”. (FRIGNET, 1999, p.86). Como esclarece Márcia Arán, dada esta “forclusão do nome do pai”, os transexuais não se identificam com “uma mulher” propriamente dita, mas com “A mulher”, posição idealizada e vivida como plenitude. A observação clínica demonstraria que importa mais a aparência de “ser” mulher, do que a possibilidade de “ter” relações sexuais. “Diferentemente da neurose e da perversão, os transexuais não teriam acesso à castração dita simbólica, o que em última instância os aproximaria dos psicóticos” (ARÁN, 2006, p. 55-56).

O apogeu dessa crescente “recusa social” à diferenciação dos sexos se encontra no fenômeno transexual, que expressa em grau máximo o “apagamento da noção de sexo”, pela noção de gênero. Essa substituição encobre uma modificação, de efeitos consideráveis: a desvinculação entre o gênero – “o hábito social de uma pessoa, eventualmente governada por seu desejo” – e o sexo, que se encontra enraizado na bipartição, estabelecida pela realidade anatomobiológica, da espécie humana (FRIGNET, 1999, p. 16).

Como destaca Márcia Arán, o diagnóstico de transexualismo está ancorado no sistema sexo-gênero, que pretende estabelecer fronteiras e limites entre normais e anormais. Em consequência, indaga se é possível haver uma reflexão crítica no interior da clínica/teoria psicanalítica, no sentido de se permitir o descolamento da transexualidade do território normativo de patologização, apesar da complexidade que apresenta (ARÁN, 2006, p. 57-58).

Para a autora,

Não podemos estabelecer *a priori* que transexuais padecem de uma patologia ou são necessariamente, por uma questão de estrutura, psicóticos. A clínica psicanalítica nos ensina que, antes de tudo, devemos escutar e basicamente tentar acolher as diversas manifestações das subjetividades. Sabemos que estamos num território movediço, bastante complexo e que não devemos ceder de imediato ao apelo do imperativo tecnológico e científico que pretende capturar e modelar os *corpos*. Porém, mais do que nunca, não podemos — em nome de uma antiga forma de organização social, que alguns preferem chamar de *Lei* — impor de forma violenta um diagnóstico psiquiátrico ou realizar uma interpretação psicanalítica, apenas para manter o nosso horizonte simbólico intocável. (ARÁN, 2006, p. 59).

A diversidade de opiniões explica porque alguns psicanalistas são bastante reticentes em relação à realização da cirurgia, e outros, ao contrário, destacam a importância que ela pode adquirir na organização subjetiva (ARÁN, 2006, p. 56-57).

Cabe lembrar que a homossexualidade foi a referência em torno da qual se construiu o discurso sobre o desvio sexual, como resultado da “psiquiatrização do prazer perverso”, ou seja, que não observasse a norma heterossexual e reprodutiva. Incluído no rol das diferentes manifestações das “neuroses sexuais”, o transexualismo passou “a ser descrito como uma patologia”, qualificação que se mantém até o momento (ARÁN, 2006, p. 52). Segundo a autora, para que haja a aceitação da transexualidade como possibilidade subjetiva “considerada normal e legítima” é necessário “certo estremeamento” (ou rompimento?) dos “dispositivos da sexualidade tão bem definidos na modernidade por meio da naturalização de sistemas normativos de sexo-gênero”, saindo do “espectro da abjeção, seja como transtorno de identidade de gênero, seja como psicose” (ARÁN, 2006, p. 59).

É possível, diante das considerações acima, entender que nem todo transexual é um “paciente”, portador de uma “doença psíquica”, mesmo que se reconheça a existência de uma “desordem” ou de um “desvio” permanente de identidade. Em consequência, deve se admitir a **transexualidade**, como o estado do transexual, designação que talvez amenize a carga de anormalidade denotada pelo sufixo “ismo”, que forma a palavra **transexualismo**.

Para o CFM (Resolução 1.652/2002), como visto, o paciente transexual apresenta rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ou auto-extermínio, constituindo a transformação da genitália a etapa mais importante no tratamento de pacientes com transexualismo. Diante desse entendimento, outras questões se põem: a) é admissível se qualificar como transexual a pessoa que não queira se submeter à cirurgia de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários; b) o que diferencia o transexual das demais situações sexuais, no caso da não realização de algumas etapas do tratamento, especialmente da citada cirurgia. Deve-se destacar que essas questões põem em jogo a observância (ou não) das regras do sistema sexo-gênero e a heteronormatividade, já que rompem a coerência que o caracteriza.

Uma das importantes contribuições do trabalho de Berenice Bento (2006, p. 230) é relativizar a cirurgia como “único caminho possível para a resolução dos conflitos entre corpo, sexualidade e identidade de gênero”, após apresentar argumentos sobre a necessidade de desconstrução do “transexual universal” tratado pela medicina. A autora deixa claro, porém, que não pretende diminuir a importância da cirurgia para “aqueles que vivem o drama de terem em seus corpos partes abjetas, identificadas como responsáveis por suas dores e exclusões”. Isto não significa, todavia, atribuir o poder de decisão sobre a cirurgia ao médico. Observa que ocorre uma “infantilização do/a transexual”, em decorrência do dispositivo da transexualidade, a qual gera a crença de se estar protegendo o indivíduo de uma decisão equivocada, agindo, enfim, para o seu bem (BENTO, 2006, p. 231).

O debate em torno da realização ou não da cirurgia expõe os vários aspectos da questão que diz respeito, não só à conduta médica e à necessidade (ou não) de tratamento, mas principalmente à identidade da pessoa e a sua inclusão social, nela compreendidos os direitos (e deveres) inerentes ao seu estado.

A “obrigatoriedade” da cirurgia foi flexibilizada por força do disposto na Portaria MS 1707/2008, que ao instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, permitiu expressamente que a integralidade da atenção, não restringisse, nem centralizasse, a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização e de demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes. Isto não significa, porém, que os problemas do transexual foram solucionados.

A transformação do corpo do indivíduo se dá ao longo do tempo, em virtude da ação de hormônios e de seguidas intervenções corporais, em geral de natureza cirúrgica. Nesta fase de transição se agravam os problemas do transexual (*MtF* – homem para mulher ou *FtM* – mulher para homem), pois os sinais evidentes da mudança, como alteração da voz, do

contorno do corpo, aumento (ou diminuição ou extirpação) das mamas, crescimento da barba, enfim a alteração dos caracteres sexuais secundários, expõem a dolorosa – física e psiquicamente - travessia de um sexo para o outro. A “anormalidade” torna-se socialmente visível, o que aumenta a discriminação, a exclusão, quando não a ridicularização do transexual. A dualidade que emerge do corpo do transexual, carrega consigo o espectro do monstro de que nos fala Foucault. Os problemas, contudo, não são apenas esses.

O próprio momento em que deve ser iniciado o processo transexualizador tem gerado debate. Conforme divulgado pela imprensa, em alguns países, o tratamento começa na adolescência, em alguns casos a partir dos doze anos⁵³. Talvez haja menos indagações no caso contrário, ou seja, da alteração tardia do sexo, como ocorrido com um homem sueco, que aos setenta e três anos realizou a cirurgia, desejada durante toda a vida, para que pudesse “morrer como uma mulher” como sempre se sentiu⁵⁴.

Durante o processo transexualizador pode haver, ainda, certas “intercorrências” que têm gerado grande impacto. Sob o título “o homem grávido”, a imprensa internacional noticiou a gravidez de Thomas Beatie, pessoa do sexo biológico feminino, mas já com aparência de homem, que não tendo ainda retirado o útero fez a gestação do filho gerado com óvulos de sua mulher e gametas masculinos obtidos em um banco de sêmen, uma vez que sua mulher não tinha tal possibilidade, em razão de uma histerectomia⁵⁵. Na verdade, o último informe dava conta de que Thomas estava na segunda gestação, e já há novo caso, também nos Estados Unidos. Ambos os “milagres” se tornaram possíveis graças às técnicas de reprodução assistida.

Deve-se observar, porém, que nem sempre haverá necessidade de recurso às técnicas de reprodução assistida. Anne Fausto-Sterling relata a possibilidade de pessoas conviverem em uma “zona mais ambígua”, no que respeita especialmente à orientação e à prática sexual.

⁵³ “A transexualidade adolescente já não é tabu. Holanda e Espanha recebem pacientes a partir de seis anos”. A notícia menciona como países em que se tratam adolescentes: Holanda, Canadá, Suécia, Itália, Estados Unidos, Bélgica, Reino Unido e Alemanha contam com centros especializados. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/midiaglobal/elpais/2008/09/30/ult581u2813.jhtm>>. Acesso em: 20 dez. 2009. A Austrália autorizou o início do tratamento de mudança de sexo para uma adolescente de 12 anos, como se noticiou em 25.05.2008. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Mundo/0,,MUL535442-5602,00.html>>. Acesso em: 20 dez. 2009.

⁵⁴ Notícia divulgada pela BBC Brasil, em 18.04.2008, relata o caso de *Loise*, o sueco que se tornou a pessoa mais velha a trocar de sexo. Disponível em:

<http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2008/04/080418_sueco_pu.shtml>. Acesso em: 30 nov. 2009.

⁵⁵ Thomas Beatie, que nasceu Tracy e chegou a disputar concurso de beleza, tornou-se o controvertido "homem" que deu à luz uma menina em 2008. Os Beaties vivem na pacata Trend, no estado americano do Oregon. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2008/03/080327_transexualgravido_ba.shtml>, <<http://1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u579133.shtml>> e <<http://g1.globo.com/noticias/mundo>>. Acesso em: 30 nov. 2009.

Embora muitos procurem alívio psicológico através da cirurgia, alguns se contentam em apresentar seu “gênero emocional” através da homossexualidade. É o caso, por exemplo, de um transexual *MtF* que se revelou como lésbica. Jane, nascida como homem, nos seus últimos trinta anos viveu com a mulher com quem se casara quando seu nome era ainda John. Os hormônios que Jane toma para se feminilizar não interferem em sua competência para manter relações sexuais como homem. Jane, no seu entender, mantém relações lésbicas com sua mulher, e nos momentos íntimos pratica sexo misto “lésbico e heterossexual” (FAUSTO-STERLING, 2000, p. 6). Desse modo, pelo menos em tese, poderiam Jane e sua mulher gerar um filho de ambos, sem se valer da reprodução assistida.

A instabilidade dos conceitos das diferentes situações sexuais, mencionada anteriormente, como se vê, apresenta uma face “dinâmica”, mutante, a evidenciar a impossibilidade de controle total sobre o comportamento humano. De acordo com Michel Foucault, o corpo que se exige seja dócil nas mínimas operações, “opõe e mostra as condições de funcionamento próprias a um organismo”. O poder disciplinar, que “dociliza” o corpo, tem por correlato uma individualidade, não só analítica, celular, mas também natural e “orgânica” (FOUCAULT, 2008, p. 132). A mesma “oposição natural e orgânica”, pode ser vislumbrada nos comportamentos sexuais humanos que escapam das regras traçadas pelo dispositivo da sexualidade.

As regras sobre a sexualidade, em todas as suas dimensões, encontram-se assentadas no dimorfismo homem-mulher e no sistema sexo-gênero, que se complementa com a heterossexualidade. Desse modo, a partir do século XIX, organizou-se a sociedade segundo o que era “ditado pela natureza”. Esta orientação se mantém predominante, graças aos processos de reprodução social, que instam a continuidade das ações de naturalização do sexo e do gênero (BENTO, 2008, p. 26).

A possibilidade de não cumprimento de tais regras é reconhecida, mas os indivíduos que as infringem passam para o rol dos anormais ou dos doentes, dos que devem ser tratados. Nesse sentido, é ilustrativo o já citado parecer CFM 39/97, quando transcreve o seguinte trecho do trabalho do Prof. Jalma Jurado, que lhe serviu de fundamento:

Os desvios de comportamento sexual ocorrem, existem e permanecerão em sociedades primitivas, organizadas ou avançadas. É uma opção humana fora do controle, regras, punições e leis adotadas. Entende-se que os auto-identificados no seu sexo, aptos funcionalmente, também exibam e atuem nas características do outro sexo. São os **homossexuais, bissexuais, travestis, exibicionistas ou psicopatas**, etc., que devem ser diagnosticados e receber cuidados profissionais adequados, que jamais inclua (*sic*) 'mudança de sexo' ou transgenitalização cirúrgica. No passado, programas que os incluíram na

transgenitalização foram desastrosos. As várias etapas diagnósticas convencionadas, em vários centros médicos do mundo, podem reconhecê-los e orientá-los. (grifos do autor)

Contudo, como observa Berenice Bento, o questionamento da classificação das diferentes manifestações da identidade sexual, como desvios de comportamento sexual, perversões e psicopatias, faz emergir outras identidades que transitam, avançam e compõem arranjos múltiplos fora das regras da sexualidade, que afrontam toda força regulatória dessas regras (BENTO, 2008, p. 43). De acordo com Bento, a densa explicitação de identidades sexuais, que resultam da multiplicidade de vivências de gênero e práticas sexuais, é considerada pela ciência médica como “uma doença, sem ter nenhuma prova, nenhum indicador objetivo que legitime esta classificação.” (BENTO, 2008, p. 53)

O transexual, sob os aspectos médico, jurídico e social, aparentemente vem seguindo a mesma trajetória do homossexual. Contudo, suas “transgressões” são mais concretas, portanto, mais graves: rejeita o sexo que lhe foi dado e vivencia um gênero que não lhe pertence “naturalmente”, o que, de certo modo, não se verifica com o homossexual. O tratamento é sua adequação, o quanto possível, ao sistema sexo-gênero, que permitirá sua adaptação, suposta e conseqüentemente, à heteronormatividade.

Cabe lembrar que será submetido ao tratamento apenas o “transexual verdadeiro” (BENTO, 2006, p. 101; 2008, p. 46), isto é, o indivíduo que se ajustar às definições e aos critérios **mínimos** estabelecidos pelo CFM, na Resolução 1.652/2002, acima citados. O tratamento aplicado, ainda que realizada a cirurgia de transgenitalização, não retira o transexual do elenco dos disfóricos, mas pode lhe dar melhor qualidade de vida, na medida em que consiga se incluir socialmente.

O diagnóstico de transexualismo considera apenas um tipo de paciente, denominado por Bento (2008, p. 45) “transexual universal e homogêneo”, uma vez que a pluralidade e a diversidade de pessoas que vivem a experiência transexual não integram os documentos oficiais.

Na verdade, o não cumprimento pelo transexual do que foi para ele prescrito ao nascer, em razão do seu sexo biológico, gera um estigma indelével, em razão do qual sua própria identidade sexual poderá ser negada, de nada adiantando a transformação do seu corpo.

Há uma complexa rede de desejos e expectativas, de comportamentos normais e patológicos, já estabelecidos para a criança ao nascer, em razão de ser uma menina ou um menino. Mesmo antes de nascer, o corpo do bebê está inscrito em um campo discursivo, que produz o gênero e modela os corpos sexuados. O anúncio do nascimento de um menino é feito com base apenas em sua genitália, mas não descreve um menino, que será construído, se

verificadas todas as expectativas existentes para o corpo que acaba de nascer⁵⁶. Através do gênero se tentará produzir e controlar a heterossexualidade. A fiscalização permanente determinará o que pode ou deve ser feito, de modo a preparar a criança para ser uma pessoa normal: um homem que manifeste plenamente sua virilidade, ou uma mulher dócil, que saiba expressar seu instinto materno (BENTO, 2008, p. 25). Estará, desse modo, o homem ou a mulher, manifestando a “essência interior e natural” que os distingue (BENTO, 2008, p. 25; BENTO, 2006, p. 103).

O transexual frustra todas as expectativas, o que evidencia que escapou do controle, que fez o que lhe foi proibido. Sua indisciplina gera efeitos severos. Ainda que fisicamente passe a ser uma mulher ou um homem, salvo no que diz respeito a sua composição biológica, algumas possibilidades de comportamento sexual causam surpresa e repulsa se adotadas pelo transexual.

Embora toleradas em outros indivíduos, a homossexualidade, o lesbianismo e a bissexualidade causam estranheza quando adotadas pelo transexual. Parece, *a priori*, existir em tais casos uma afronta à lógica. Mas se o transexual *MtF* se torna uma mulher, por que não pode ter como objeto sexual outra mulher, ou seja, adotar como orientação sexual (se já não a tinha) o lesbianismo⁵⁷? Na verdade, acredita-se, equivocadamente, que o transexual faz a cirurgia “para ser” heterossexual; se vive, após a transformação da genitália, como homossexual frustra essa “legítima” expectativa. De acordo com a regra que exige coerência entre sexo-gênero-heterossexualidade, não faz sentido adequar o sexo ao gênero e não ser heterossexual. Presumidamente para esse sistema todas as mulheres “normais” são heterossexuais, e essa presunção se estende aos indivíduos que se tornam mulheres, ainda que não sejam considerados normais.

Pela mesma ordem de idéias o transexual não pode ter filhos⁵⁸, possibilidade que tem sido discutida, por vezes admitida, para as demais situações sexuais. Basta lembrar a forte reação social em face dos casos de gravidez já mencionados. Qualquer desses casos configura uma “subversão à ordem natural das coisas”, quando praticada pelo transexual, mesmo após a

⁵⁶ De acordo com John Austin (1990), a linguagem tem uma “capacidade performática”, que se refere à possibilidade do ato de linguagem ser uma interpretação construtora de significados, em lugar de representar a realidade. Quando se diz “menino”, não se está descrevendo uma situação, mas produzindo masculinidades condicionadas ao órgão genital. (*apud* BENTO, 2008, p. 29).

⁵⁷ Jenny Bailey, 45, que assumiu o cargo de Prefeita de Cambridge-UK, é a primeira pessoa que ocupa o posto após ter se submetido a uma cirurgia de mudança de sexo. Eleita pelo Partido Liberal Democrata, Bailey terá ao seu lado Jeniffer Liddle, 49, também transexual. A nova prefeita - que já foi casada na sua “vida anterior” e é pai de dois filhos - afirmou ao jornal “The Times” que está orgulhosa de ter aberto um precedente positivo na vida pública britânica. Folha de São Paulo, 25/05/ 2007. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/ft2505200708.htm>>. Acesso em: 26 mai. 2007.

⁵⁸ Sobre o tema ver BARBOZA (2009a).

cirurgia. Como entender as reivindicações dos transexuais para serem reconhecidos em sua nova identidade, “se não compartilham nenhuma essência com os homens e mulheres biológicos?” (BENTO, 2006, p. 85).

A indagação é formulada por Berenice Bento, quando da análise dos estudos *queer*⁵⁹, que desnaturalizam de modo radical a proposta teórica de que o corpo-sexuado e o gênero são produtos históricos; a política *queer*, baseada na instabilidade das identidades, entende que o grupo LGBT prescinde de uma identidade coletiva, o que provoca fortes reações naquela população. Algumas pessoas, como os *drag kings*, operados ou não, utilizam o corpo como manifesto, embaralhando fronteiras, em franco ataque à dicotomia de gênero. Segundo a autora, os transexuais se diferenciam dos *drag kings*, por buscarem “uma” identidade de gênero, enquanto esses últimos reivindicam a legitimidade dos trânsitos, inclusive corporais, entre os gêneros (BENTO, 2006, p. 84-85).

A proposta *queer* vem confundir ainda mais as diferenças entre as diversas situações sexuais. A transexualidade, em particular, tem limites muito tênues com outros estados sexuais, especialmente com a intersexualidade e o travestismo ou travestilidade, e pode se conjugar, conforme referido acima, com diferentes orientações sexuais, como a homossexualidade, o lesbianismo e a bissexualidade. No caso do transexual, esta diferenciação pode ser muito útil para fins de diagnóstico, na medida em que este determina o atendimento médico. Mais do que isso, o reconhecimento do transexual, em toda a sua complexidade, permite incluir nessa categoria os indivíduos que não querem fazer a cirurgia de transgenitalização.

Como observa Berenice Bento, a caracterização do transexual se dá principalmente em confronto com o travesti. Para a autora, a transexualidade e a travestilidade são construções de identidade, que expressam uma resposta à ordem dicotomizada e naturalizada estabelecida para os gêneros (BENTO, 2008, p. 54-55). Contudo, as diferenças entre uma categoria e outra não são fáceis de identificar.

Fernando Luiz Cardoso, ao analisar algumas categorias muito usadas na sexologia, mas que têm definição pouco claras, ressalta que não existem categorias naturais para se perceber o mundo, mas percepções mais próximas ou mais distantes da realidade que se observa. Nessa ordem de idéias, as categorias denominadas “travestismo, *drag queens* e

⁵⁹ *Queer*, em inglês, esquisito, estranho, ridículo, mas também “homossexual, veado, bicha louca”. Dicionário Michaelis Moderno – Português/Inglês. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/ingles/index.php?languageText=portugues-ingles>>. Acesso em: 15 jan. 2010. O termo, em sua conotação pejorativa, passou a ser utilizado como marca diferenciadora e denunciadora da heteronormatividade. (BENTO, 2006, p. 170-171).

transexualismo”, objeto de sua análise, são percepções modernas de fenômenos típicos da diversidade sexual humana, encontrados em várias culturas, e não categorias naturais. As três categorias se referem ao comportamento social de vestir-se e/ou portar-se como pessoa do outro sexo⁶⁰ (CARDOSO, 2005, p. 421 e 423).

Segundo Cardoso, travesti⁶¹ é o indivíduo que se veste com roupas do outro sexo para viver o papel homossexual. O *drag-queen* também se traveste, mas em geral para apresentação pública, na qual incorpora uma figura feminina exagerada, com muitos trejeitos e maneirismos, como forma de manifestação crítica ou artística, com fim lúdico, de entretenimento ou profissional (CARDOSO, 2005, p. 423). O travestismo, diferentemente, pode estar ligado apenas às práticas sexuais, com natureza de *fetichê*, ou ser de caráter permanente, revelando-se pela dependência do ato de vestir-se como o outro sexo. Menciona o autor a classificação feita por Henry Benjamin, em 1966, que diferencia três grupos de travestis, sendo um deles o dos “transexuais verdadeiros”, indivíduos que apresentam um grau maior de conflito sexual e de gênero, profundos transtornos emocionais, e desconforto, raiva, nojo ou rejeição em relação a sua genitália. O transexualismo se refere ao desejo interno de se adequar fisicamente ao outro sexo, ao qual o indivíduo sente pertencer (CARDOSO, 2005, p. 422-424). Sobre a manutenção do transexualismo na categoria dos transtornos psicosssexuais, Cardoso observa que:

A inclusão dos transtornos de identidade de gênero legitimou as supostas *disforias de gênero* como condições passíveis de diagnóstico e tratamento. Assim, a cirurgia de mudança de sexo ficou sendo considerada como um tratamento legítimo, e não mais como um procedimento simplesmente eletivo ou como uma cirurgia cosmética (*American Psychiatric Association*, 2001). Tal medida, ao mesmo tempo em que legitima o direito dos transexuais a esse recurso da medicina, medicaliza e torna a condição de transexual desviante e anormal, a qual deve ser tratada e corrigida. (CARDOSO, 2005, p. 424, sem grifo no original)

Quando se constata que o travesti é um indivíduo que, mais do que se travestir, promove profundas modificações em seu corpo para dar-lhe forma feminina, e vive muitas vezes como se fosse uma mulher, ele praticamente se confunde com o transexual. Mas há diferenças. A primeira delas reside no fato de tratar-se de um “fenômeno masculino”; o termo

⁶⁰ O autor elaborou seu trabalho com base em pesquisas empíricas e explicativas existentes na literatura disponível sobre a matéria, mas afastou as pesquisas de caráter apenas interpretativo, que entendeu não adequadas a sua tentativa teórica de natureza interdisciplinar. (CARDOSO, 2005, p. 421 e 423).

⁶¹ “Travesti” (em inglês *cross-dresser*) deriva do francês, *travesti*, disfarce no trajar. Travestir-se, verbo de mesma origem, no sentido clínico, significa vestir-se com ornamentos e roupas do outro sexo para fins de entretenimento ou para viver o papel homossexual. O ato de usar roupas de outro sexo é comum em várias sociedades e pode ter vários significados, como o mítico, o religioso, o festivo, não estando necessariamente vinculado à orientação sexual ou identidade de gênero. (CARDOSO, 2005, p. 422).

“travesti” designa um homem que vive como mulher, sendo comum a referência no gênero gramatical feminino – *a travesti*. Não foi encontrado registro de uso dessa designação para o caso inverso. A mulher que adota o gênero masculino não está incluída nessa categoria, mas das lésbicas em geral; especificamente são tratadas por termos pejorativos, insultantes, como “fanchona”, “paraíba”, “mulher-homem”, “sapatão”. A travestilidade ou travestismo diz respeito ao comportamento de homens que vivem como mulheres, ou seja, que adotam a identidade de gênero feminina.

A pesquisa realizada por Don Kulick (2008) auxilia a compreensão do “mundo travesti” e indica possíveis diferenças. Fica claro nessa pesquisa que, a despeito de todas as transformações, na maioria irreversível, as travestis não se definem como mulheres, não desejam a retirada do pênis, não pensam em ser mulher, mas se auto-qualificam como homossexuais. Sua transformação tem o fim de atrair o parceiro do mesmo sexo, de ser objeto sexual para outro homem. Não são, portanto, em seu próprio entendimento, transexuais (KULICK, 2008, p. 21-22).

Para Kulick (2008, p. 22), a travesti é um personagem único, que combina, de modo singular, os atributos físicos femininos, com a subjetividade homossexual masculina. De maneira quase unânime, manifestam sua incompreensão diante dos homens que desejam ser mulher; para a travesti o indivíduo biologicamente homem que tem esse desejo sofre de desequilíbrio psicológico e necessita de tratamento profissional. Kulick entende que as travestis elaboram determinadas configurações de sexo, gênero e sexualidade que sustentam e dão significado as suas concepções de homem e de mulher, as quais são por elas cristalizadas, aperfeiçoadas e completadas. Para o autor, a classificação das travestis como “invertidos” não expressa ou descreve adequadamente “a repulsa, e o medo profundo que elas podem despertar”⁶² na população em geral; muito menos explica “a atração eletrizante que as travestis provocam, onde quer que estejam” (KULICK, 2008, p. 26-27).

Os relatos colhidos por Kulick são bastante esclarecedores quanto à visão da “travesti” sobre a sexualidade. As travestis se sentem diferentes dos “*drag queens*” ou transformistas, porque esses, a seu ver, não são homens, nem mulheres, nem travestis, já que durante o dia usam roupas de homem; as travestis vivem como mulheres 24h por dia (KULICK, 2008, p. 83). Segundo Kulick (2008, p. 109), nenhuma travesti disse, em qualquer momento, que era uma mulher presa no corpo de um homem: “travesti não é mulher e não pode ser mulher [...],

⁶² A pesquisa demonstra a natureza ameaçadora das travestis, consideradas marginais, perigosas ou criminosas. Sua imagem está associada à da prostituição, exercida por muitas delas, se não pela maioria, e à violência. “A violência é o pano de fundo” da vida das travestis, cf. KULICK (2008, p. 47).

porque Deus as fez homens”. Não há no discurso travesti referência a sentimentos maternos, ou desejo de reprodução. As travestis adotam o papel de gênero feminino (nome, roupas, cabelos, modelagem do corpo feminino, mediante implante de silicone e cirurgias), enfim, elaboram uma mulher para se relacionar com homens (KULICK, 2008, p. 103-111).

Embora sejam homossexuais, as travestis não se interessam por homens que também o sejam. Este aspecto marca a diferença entre elas e o que denominam como “*gay*” ou “*bicha gay*”. As travestis mantêm com seus namorados ou companheiros um relacionamento baseado na diferença: um parceiro deseja o masculino e o outro o feminino. As travestis têm seu próprio sistema de gênero, que é construído pelo desejo, que é sempre heterossexual: um indivíduo do sexo masculino é um homem quando deseja uma mulher; a travesti é uma mulher porque deseja um homem e é por ele desejada. Um homem que sente desejo por outro homem é um *gay*, e, em consequência, rejeitado pelas travestis (KULICK, 2008, p. 140). O sentimento de mulher que a travesti tem é construído pelo desejo de seu parceiro e não por ela própria. As travestis obtêm seu gênero com seu “homem” (namorado); com eles não tem prazer, que é obtido com outro qualquer, que pode ser um cliente (KULICK, 2008, p. 147).

Todo indivíduo pode embelezar e modificar o corpo dado por Deus, mas não pode alterar o sexo. Para as travestis o fato de “se castrar” e de construir uma genitália feminina não faria delas uma mulher. Isto explicaria as suspeitas e o desprezo que as travestis nutrem em relação aos transexuais, por ela designados pejorativamente “*bichas operadas, castradas ou mutiladas*”, mas nunca como mulher (KULICK, 2008, p. 101).

O trabalho de Kulick deixa evidenciado dois aspectos importantes. O primeiro é que as travestis se mantêm, a seu modo, no sistema binário sexo-gênero; mas esse “modo” é radicalmente diferente da concepção existente, e, na verdade, colabora eficazmente para o colapso dos conceitos relativos à diferença entre sexo e gênero, preconizado por Judith Butler (2008, p. 240).

O segundo aspecto diz respeito à contradição que existe entre a situação das travestis e transexuais. As travestis, para construir uma aparência feminina, injetam grandes quantidades de silicone no corpo e tomam hormônios; vivem como esposas de seus homens, mas se prostituem nas ruas vestidas de mulher, para seduzir homens que, não raro, desejam ser penetrados por elas; portam-se como mulher vinte e quatro horas por dia, mas não desejam ser mulher e nem se sentem como tal (KULICK, 2008, p. 203). Constituem, afinal, subjetividades complexas, cunhadas na contradição.

Diante do perfil das travestis que se tentou traçar, a partir do trabalho de Kulick, e de tudo que já foi dito sobre os transexuais, cabe indagar o que há de comum entre os travestis e

os transexuais. Embora existam pontos de congruência entre ambos, como a vivência do gênero feminino (considerados os casos de transexuais *MtF*), e as transformações corporais, ainda que para tanto haja causas e propósitos diferenciados, o que efetivamente existe de comum entre os transexuais e os travestis é o fato de encarnarem uma contradição que rompe o sistema sexo-gênero.

À semelhança do que foi feito em relação às travestis, cabe alguma reflexão sobre a existência (ou não) de diferença entre transexuais e intersexuais. A intersexualidade e transexualidade são situações que, pela denominação, parecem manter certa proximidade. Efetivamente, de acordo com o parecer CFM 39/97, já citado, a disforia de gênero ou transexualismo foi equiparada ao hermafroditismo psíquico, compreendido na classificação dos estados intersexuais. Segundo o entendimento dos autores do mencionado parecer, a questão do transexualismo deve ser enquadrada no âmbito das intersexualidades não-orgânicas. Mas, nada autoriza a inclusão do transexual no campo da intersexualidade, bastando lembrar que o transexual não apresenta qualquer problema orgânico quanto à diferenciação sexual.

Judith Butler (2004, p. 57-58), a partir do poder de regulação que determina, mais ou menos, o que somos ou o que podemos ser, fez reflexões sobre o que denominou condições de inteligibilidade através das quais o humano emerge, pode ser reconhecido e se torna passível de ser amado. Essas condições são constituídas por normas e práticas, que se tornaram pressupostas e sem as quais não se pode pensar no humano. Butler indaga: o que pode ser considerado uma pessoa, o que a qualifica como tal? Em contrapartida, a pessoa pode questionar o que pode se tornar, num mundo em que os limites e os significados do sujeito já estão previamente decididos para ela. E, ainda, o que acontece quando ela começa a se transformar naquilo que não tem lugar dentro do regime de verdades que lhe é dado. A questão relativa ao “o que eu posso ser na ordem contemporânea?” não tem abordado o problema do que significa o “não ser” ou de ocupar “o lugar do não-existente dentro do campo do existente”. Em outras palavras, o que significa viver, respirar, tentar amar, quando não se é totalmente negado, nem reconhecido como um **ser**. Para Butler, a relação entre inteligibilidade e o humano - que se encontra nos limites da própria inteligibilidade - exige “certa urgência teórica”, já que tem importante ligação com a justiça, naquilo que concerne às decisões sobre o que a “pessoa é”, e às normas sociais que devem ser respeitadas e externadas, para que o “estado de pessoa” (“*personhood*”) possa ser alocado, designado na sociedade.

O modo pelo qual se reconhece, ou não, o outro como pessoa está condicionado ao fato de se constatar que certa norma foi manifestada **no e pelo** corpo do outro. O critério da coerência entre sexo e gênero não é o único que se usa para qualificar uma pessoa, mas é um critério pressuposto para sua humanidade. Este critério também informa os modos pelos quais nos auto-reconhecemos no que diz respeito ao sentimento, ao desejo e ao corpo. É o critério que se usa para “negociar” com médicos, psicólogos, psiquiatras, e juristas, “o que se é”, e aquilo que pode parecer como não-reconhecível para se pertencer a um gênero, e, talvez ainda, o não reconhecível para se ter o estado de pessoa (BUTLER, 2004, p. 58).

Butler analisa, em profundidade, a história de David Reimer, que ficou conhecida como “caso John/Joan”. David transitou entre a “normalidade”, a intersexualidade e a transexualidade, graças a um trágico erro cirúrgico e às oscilações sobre como corrigi-lo, e acabou por se suicidar em 2004.

David Reimer nasceu com cromossomas XY e um pênis, portanto, um menino “normal”. Aos oito meses de idade seu pênis foi severamente queimado, em uma cirurgia para correção de fimose. Cerca de um ano após a perda da maior parte do pênis, os pais de David procuraram John Money, médico especializado em cirurgias para intersexuais e transexuais, que entendia que se uma criança fosse submetida à cirurgia e começasse a ser “socializada” em um gênero diferente do que lhe havia sido designado ao nascer, poderia se desenvolver normalmente, adaptar-se perfeitamente ao novo gênero e viver uma vida feliz. John Money recomendou fortemente que David fosse criado como menina. Para tanto, seus testículos foram removidos e os médicos fizeram os preparativos para uma vagina, a ser construída quando David, então uma criança, fosse mais velho para completá-la. Surgiu desse modo Brenda (BUTLER, p. 59). A situação de David/Brenda muito se aproximou da intersexualidade, embora sua “anomalia” não fosse congênita.

A tentativa de transformação de David em Brenda tem quase todas as características de um caso de transexualidade, salvo no que diz respeito ao sentimento de David, que não gostava de viver como menina. Brenda não “comprovou” a tese do Dr. Money, e outra equipe médica interferiu no caso, por acreditar que houvera um erro na redesignação sexual de David. O caso foi revisto pelo Dr. Milton Diamond, pesquisador do sexo, que acreditava que a identidade de gênero tinha bases hormonais. Aos quatorze anos Brenda deixou de existir e David começou a viver como um menino, suas mamas foram removidas e passou a tomar hormônios masculinos. Entre os quinze e dezesseis anos, foi construído um pênis em David, que se aproximava de algumas das funções esperadas para o órgão (BUTLER, 2004, p. 60). Neste momento a situação de David ficou mais próxima da transexualidade.

Na verdade, David não era um intersexual, nem um transexual. A situação de David expõe, contudo, o ponto onde convergem a intersexualidade e a transexualidade: o corpo. O corpo se transforma na referência de uma narrativa que não é sobre o corpo, mas que se apodera do corpo, para questionar os limites da conceitabilidade (*conceivably*) humana. O inconceitável é concebido repetidamente, através dos significados das narrativas, mas por vezes permanece fora delas, um momento de resistência que sinaliza uma inconceitabilidade (*inconceivability*) persistente (BUTLER, 2004, p. 64).

David por vezes refere-se como uma aberração (*freak*), um monstro. Ele sabe que descumpriu a norma segundo a qual deveria ser mulher por não ter pênis. Como terá se visto David, enquanto Brenda: algo sem nome, algo anormal, indaga Butler. Neste momento ele/ela não está em questão como um ser humano, mas como o espectro do monstro **contra** o qual e **através** do qual a própria norma se instala (BUTLER, 2004, p. 69). David não trocou a norma de um gênero pela do outro. Há nele algo que excede a norma. Seu depoimento revela que ele não se reconhece como alguém, mesmo após os “ajustes” em seu corpo, que supostamente inaugurariam sua “humanidade”. Embora continue falando, insistindo, ele demonstra ter consciência do incomensurável que existe entre ele e o seu “pênis”. David, com seu pênis, entra na inteligibilidade, não para ser reconhecido, mas para oferecer uma perspectiva crítica das próprias normas que conferem inteligibilidade (BUTLER, 2004, p. 69-73). Seu suicídio pode ser visto como parte dessa crítica.

David viveu nos limites da inteligibilidade do ser humano, no que é pertinente ao sistema sexo-gênero. David é uma alegoria da transexualidade. Ao mesmo tempo em que contribui para a compreensão do intersexual e do transexual, exacerba o questionamento quanto à real importância de classificações que, afinal, são feitas **em razão** do sistema sexo-gênero e **para** atendimento de suas regras. A não submissão a essas regras em alguns casos, de que é exemplo o transexual, torna o indivíduo não-reconhecível, ao retirar-lhe uma das condições de inteligibilidade como ser humano. Diante disso, a cirurgia de transgenitalização, quando não desejada, torna-se bastante questionável.

As considerações acima demonstram a dificuldade em se estabelecer o conceito de transexual, um ser que perpassa várias categorias. De acordo com o Relatório editado pela *Haute Autorité de Santé* da França (2009, p. 12), existem na literatura múltiplas definições de transexualismo, e a obtenção de uma definição precisa e completa é, portanto, difícil. A maioria dos conceitos enfatiza a rejeição do transexual ao seu corpo, em particular a sua genitália. Esta “não aceitação” se verifica, mas não necessariamente. O transexual pode

conviver” com seu sexo morfológico, mas rejeitar veementemente a *performance* de gênero correspondente, que lhe é imposta, mesmo antes do nascimento como acima referido⁶³.

Transexual não é apenas o indivíduo que deseja alterar (ou altera) cirurgicamente o sexo morfológico, nem o que desempenha papel de gênero não correspondente ao seu sexo biológico, mas a pessoa que corporifica permanentemente a **incompatibilidade** entre o sexo biológico (genético-morfológico) e o papel de gênero que desempenha continuamente. O transexual assim vive, porque sente pertencer ao outro sexo, que não é o que está em seu corpo. Esta crença o move, nenhum outro motivo. Na verdade, o transexual não rompe o conceito de sexo ou de gênero, mas o vínculo de correspondência necessária que entre eles se estabeleceu. Uma das características do transexual é essa contínua incompatibilidade entre o sexo biológico e o gênero que escolheu. O transexual consubstancia uma permanente contradição, que o coloca supostamente no campo da ininteligibilidade.

A transexualidade, tanto quanto a travestilidade, são expressões da identidade pessoal, que é multifacetada e dinâmica, na medida em que pode ser alterada ao longo da vida, em função das vivências individuais. Desse modo, é possível tentar conceituar o transexual como o indivíduo que, de modo contínuo, sente e afirma ser do sexo contrário ao que lhe foi atribuído, vive o gênero correspondente a esse sexo, e deseja obter o reconhecimento dessa identidade, independentemente de modificação de sua genitália e da orientação sexual que adota.

A especificidade da transexualidade reside na explicitação dos limites das normas de gênero existentes (BENTO, 2008, p. 17), que excluem os transexuais e os aloca na anormalidade. O transexual denuncia a insuficiência do sistema sexo-gênero existente para receber toda diversidade do comportamento sexual humano. O tratamento, que não o retira do rol dos anormais, tem por fim adequá-lo ao sistema sexo-gênero, mas com restrições, como demonstrado. Do mesmo modo que David, o transexual é capturado, tratado e descartado: é incluído, para ser excluído dos sistemas que governam a sociedade. O seu lugar é o “não-lugar”, para onde vão os ininteligíveis, e que existe entre o determinismo biológico e o determinismo social, entre o normal e o patológico.

⁶³ “A adequação do indivíduo ao sexo implica compatibilizar-se com o papel sexual”; o transexualismo é o desvio em grau máximo, “em que o indivíduo não aceita o papel de gênero que lhe é sugerido pelo seu aspecto”. (SUTTER, 1993, p. 49).

3. EFEITOS SOCIAIS DA TRANSEXUALIDADE

3.1. Transexualidade como questão de saúde

O reconhecimento do transexual como paciente portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ou auto-extermínio, e a autorização pelo CFM das cirurgias de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo, nos termos da Resolução 1.652, de 06 de novembro de 2002, não significou a solução dos problemas que afligiam os transexuais. Ao contrário, novos problemas se apresentaram. Alguns já estão solucionados, ou pelo menos encaminhados nesse sentido. Outros continuam pendentes, se não ficaram mais graves.

Várias etapas devem ser vencidas pelo transexual que busca o tratamento prescrito pelo CFM. Cada uma dessas etapas apresenta especificidades, demanda tempo, mais ou menos longo, de acordo com a receptividade (ou não) daqueles que prestam atendimento, e, sobretudo, expõe o indivíduo a toda sorte de constrangimentos e a humilhações. Somam-se as dificuldades, acumulam-se as angústias. Fruto do desespero, a auto-medicação é comum, e, não raro, provoca sofrimento físico, deformidade. A discriminação e exclusão estão instaladas. Muitas vezes há rejeição pela família, e certamente na sociedade. Poucos são os amigos e raros são os empregos. A ocultação da condição de transexual é comum, mas a verdadeira identidade sexual emerge em cada olhar, em cada gesto, em cada peça de roupa, em cada trejeito. Em tudo, a todo tempo transpira o verdadeiro “eu”, que insiste em se afirmar. Apesar da reprovação familiar e social, tratamentos de toda ordem, que incluem sessões religiosas, do isolamento, a mulher ou homem oculto aflora. Neste momento, o transexual inicia a busca pelo tratamento médico, mesmo sabendo que todo sofrimento se renovará. A ocultação da identidade deve ser mantida (ou ser retomada) em algumas situações, há muito a perder: um emprego, uma carreira, uma situação social. Tudo aos poucos se agrava no percurso para chegar a um final desconhecido⁶⁴: o sonhado reconhecimento de sua identidade sexual, em toda sua plenitude, que ensejará sua inclusão social, pode ocorrer ou não.

A primeira etapa a ser vencida é o diagnóstico, pois, à evidência, a simples auto-qualificação como transexual não autoriza o tratamento. Berenice Bento (2008, p. 95) narra um caso que traduz toda dramaticidade da obtenção (ou não) do diagnóstico de

transexualismo, que autoriza o início do tratamento. A força regulatória da CID-10 e do DSM-IV se faz presente e durante meses, anos, o poder-saber médico examina o indivíduo que se diz transexual e perambula franciscanamente por todo labirinto burocrático até chegar aos consultórios, às salas de exame. O hospital e os profissionais de saúde passam a fazer parte da vida do transexual.

Assim aconteceu com Andréa que obteve três laudos que negaram sua qualidade de transexual e dois que a definiram como transexual. Quatro anos se passaram entre o primeiro e o último laudo. O que chama a atenção não é a demora, não é a contradição dos laudos, mas “as falhas de um sistema que se propõe científico, arrogando-se o direito de definir a verdade das identidades” (BENTO, 2008, p. 96). Na documentação do caso de Andréa há de tudo um pouco, desde laudos econômicos, equívocos técnicos, até um erro que poderia ser tachado de grosseiro, se não revelasse a negligência (ou seria a íntima rejeição?) das pessoas (dois psicólogos) que assinaram o laudo psicológico emitido pelo Instituto Médico Legal, requerido pela Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde”, para fins de realização de uma cirurgia de redesignação sexual, “tipo neofaloplastia” (novo pênis). Andréa, transexual *MtF*, lutava para realizar uma nova vagina – neocolpovulvoplastia (BENTO, 2008, p. 97-98). Erros acontecem, mas os dessa natureza quando são cometidos por profissionais, supostamente peritos no assunto, deixam a suspeita de desconhecimento do tema ou incúria. É preciso lembrar que o diagnóstico de transexualismo é decisivo para a definição do rumo que irá tomar a vida da pessoa: ser um homem ou uma mulher, ou ser um *homo sacer*, aquele que tem uma vida nua.

Feito o diagnóstico, inicia-se a segunda etapa, a do tratamento, que deve seguir o protocolo previsto para o transexualismo. A menção à “etapa”, aqui feita, é meramente enunciativa, na medida em que cada uma delas se desdobra em vários procedimentos, além de haver medicação durante e após o tratamento. Após dois anos de acompanhamento conjunto por uma equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, o transexual será por ela avaliado, obedecendo aos critérios estabelecidos pela Resolução 1.652/2002, do CFM, para fins de seleção para a cirurgia.

A cirurgia é a parte mais importante do tratamento, pressupostamente a razão pela qual ele é feito. Contudo, há outros desdobramentos. Em princípio, o transexual selecionado em hospitais públicos entrará em uma fila para aguardar a sua vez de ser submetido à cirurgia. Mas há a possibilidade do paciente não ter condições físicas de se submeter à cirurgia,

⁶⁴ Observações pessoais quando do acompanhamento jurídico de um caso *FtM* no Rio de Janeiro (2007-2009).

momentânea ou indefinidamente, por razões médicas. É o que ocorre, por exemplo, com pacientes portadores do vírus HIV, que têm muitas vezes o risco cirúrgico potencializado.

No caso dos transexuais *FtM*, não há boas expectativas quanto aos resultados da cirurgia, o que constitui um justo motivo para o transexual não realizá-la. Mesmo com previsão de bons resultados, alguns transexuais *MtF* não desejam realizar a cirurgia de transgenitalização, por motivos variados, fato que induz aproximá-los dos travestis, como antes observado⁶⁵. Berenice Bento apresenta uma pluralidade de razões apresentadas pelos transexuais para não realizar a cirurgia, dentre as quais se destacam: a) a inexistência de aversão à própria genitália; b) o desejo de preservar sua sexualidade (no sentido erótico); c) o fato de serem homossexuais. Os pares não se estruturam necessariamente na composição considerada “normal”: homens/mulheres se relacionam com homens/mulheres considerados “normais”, tendo relações “heterossexuais”. As fronteiras de relacionamento sexual muito se embaralham no caso dos transexuais (BENTO, 2006, p. 231).

No caso do transexual *FtM*, a realização de cirurgia do tipo neofaloplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários, foram autorizados a título experimental, tendo em vista as dificuldades técnicas ainda presentes para a obtenção de bom resultado, tanto no aspecto estético, como funcional das neofaloplastias, mesmo nos casos com boa indicação de transformação do fenótipo feminino para masculino, conforme a citada Resolução CFM 1.652/2002. Em consequência, é necessário atender, além dos requisitos estabelecidos pelo CFM, as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil⁶⁶. As exigências éticas são mais severas, uma vez que os procedimentos relativos à neofaloplastias ainda não são consagrados pela literatura científica. É indispensável que sejam ponderados os riscos e benefícios envolvidos nesta fase do tratamento, e, principalmente, que seja assegurada a autonomia do transexual, com atenção às circunstâncias do caso.

A realização da cirurgia não encerra o tratamento médico, pois o prolongado acompanhamento pós-operatório (continuação da hormonioterapia, cirurgias para complementação ou aperfeiçoamento da transgenitalização, etc) é constituído por atos médicos em sua essência.

⁶⁵ Ver subitem 2.3.

⁶⁶ Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. De acordo com o subitem “III.2.- Todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá obedecer às diretrizes da presente Resolução. Os procedimentos referidos incluem entre outros, os de natureza instrumental, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, econômica, física, psíquica ou biológica, sejam eles farmacológicos, clínicos ou

Cabe lembrar que houve significativa resistência à inclusão do processo transexualizador no SUS, especialmente das cirurgias de transgenitalização, cuja realização foi suspensa em 2007, por decisão do Supremo Tribunal Federal, sob o argumento de ter sido devidamente demonstrada a ocorrência de grave lesão à ordem pública, tendo em vista que a execução das cirurgias repercutiria na programação orçamentária federal, ao gerar impacto nas finanças públicas. Além disso, também ficou configurada grave lesão à ordem pública, “em sua acepção administrativa”, na medida em que “a gestão da política nacional de saúde, feita de forma regionalizada, busca uma maior racionalização entre o custo e o benefício dos tratamentos médico-cirúrgicos que devem ser fornecidos gratuitamente à população brasileira, a fim de atingir o maior número possível de beneficiários”⁶⁷.

O entendimento do STF acima afronta o princípio bioético da justiça – que requer sejam proporcionados equitativamente benefícios, riscos e custos entre os envolvidos. Atinge, ainda, o princípio da igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e o princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, os quais devem ser obedecidos no desenvolvimento das ações e serviços no âmbito do SUS, por força da Lei 8.080/90. Nada autoriza que estes princípios não sejam observados no caso do transexualismo.

O entendimento do CFM de constituírem as cirurgias a etapa mais importante no tratamento dos pacientes transexuais nada representou diante da “grave lesão à ordem pública”, em sua acepção administrativa e financeira. Do mesmo modo, foram ignoradas as políticas do governo federal em favor da população LGBT então já existentes.

Fatos dessa ordem, que decorrem dos inumeráveis meandros jurídicos, só reafirmam a importância do PBSH, lançado em 2004 pelo governo Federal, que tornou necessária a formulação de políticas e programas específicos para a melhoria da situação de vida dos grupos de GLBTT (assim no original), e aumentou a perspectiva da integralidade na atenção à saúde dessa população. No mesmo ano foi criado, no MS, o Comitê Técnico de Saúde da População GLBTT⁶⁸, que se constituiu como espaço de articulação, debate e ausculta de demandas de representações desses movimentos sociais, envolvendo todas as áreas atinentes

cirúrgicos e de finalidade preventiva, diagnóstica ou terapêutica.” Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 20 set. 2009.

⁶⁷ Decisão da Ministra Ellen Gracie, de 10.12.2007, na Suspensão de Tutela Antecipada - STA 185-2 - DF. Disponível em:

<<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?numero=185&classe=STA&origem=AP&curso=0&tipoJulgamento=M>>. Acesso em: 20 set. 2009.

⁶⁸ Portaria nº 2.227, do Gabinete do Ministro, de 14 de outubro de 2004, criou o Comitê, coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2227_14_10_2004.html>. Acesso em: 10 set. 2009.

do MS, no sentido de promover a inserção das especificidades de saúde desse contingente populacional nas políticas e ações do SUS.

Dois importantes avanços decorreram das estratégias de trabalho adotadas desde então: a) a inclusão da identidade de gênero na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, que atendeu histórica reivindicação do movimento, no sentido do reconhecimento do direito ao uso do nome social nos cadastros do SUS⁶⁹; e b) a instituição do processo transexualizador no âmbito do SUS, que se verificou em agosto de 2008⁷⁰.

O MS, pela Portaria 1.707/2008, instituiu, no âmbito do SUS, o processo transexualizador a ser empreendido em serviços de referência devidamente habilitados à atenção integral à saúde dos indivíduos que dele necessitem, observadas as condições estabelecidas pelo CFM na Resolução 1.652/2002, já referida. Determina a mencionada Portaria que sejam organizadas e implantadas, de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, as ações para o processo transexualizador no âmbito do SUS, permitindo:

- I – a integralidade da atenção, não restringindo nem centralizando a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização e de demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes;
- II – a humanização da atenção, promovendo um atendimento livre de discriminação, inclusive pela sensibilização dos trabalhadores e dos demais usuários do estabelecimento de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana;
- III – a fomentação, a coordenação e a execução de projetos estratégicos que visem ao estudo de eficácia, efetividade, custo/benefício e qualidade do processo transexualizador; e
- IV – a capacitação, a manutenção e a educação permanente das equipes de saúde em todo o âmbito da atenção, enfocando a promoção da saúde, da primária à quaternária, e interessando os pólos de educação permanente em saúde.

⁶⁹ Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, instituída pela Portaria nº 675/GM, de 31 de março de 2006, o direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0675_30_03_2006.html>. Acesso em: 12 set. 2009.

⁷⁰ Portaria 1.707, do Gabinete do Ministro, 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. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html>. Acesso em: 10 set. 2009.

A posição do MS sobre a saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais foi declarada em documento elaborado para subsidiar o debate do tema na CN GLBTT, realizada em junho de 2008⁷¹. Um dos objetivos dessa manifestação foi modificar a visão dos problemas de saúde da população GLBTT, que os restringia à *AIDS*, e reconhecer que a saúde desta população é bem mais complexa. São freqüentes os problemas como a violência, o consumo de drogas, o alcoolismo, a depressão, a discriminação e outras situações de saúde decorrentes da exclusão social, agravadas pela dificuldade de se profissionalizar.

Segundo o referido documento, é indispensável intervir sobre a exclusão social, gerada por fatores de diferentes ordens que se entrecruzam e maximizam a vulnerabilidade, e o sofrimento de grupos específicos. Neste sentido, todas as formas de discriminação – como a homofobia e a transfobia – devem ser consideradas como situações produtoras de doença e sofrimento. Ratificou-se, ali, a crítica à medicalização das transexualidades, manifestada no Seminário Nacional de Saúde da População GLBT na Construção do SUS, realizado em agosto de 2007. Ressaltou-se, também, a importância da inclusão da identidade de gênero na carta dos Direitos dos Usuários do SUS, que reconhece o direito ao uso do nome social nos cadastros do SUS, independentemente do que consta no registro civil.

O documento do MS estabeleceu estratégias de gestão e ação, dentre as quais se destacam: a) implantação de Centros de Referência com Assistência Interdisciplinar a Transexuais, para garantir a assistência endocrinológica integral para travestis e transexuais; b) elaboração e regulamentação dos protocolos do processo transexualizador no SUS; c) fomento da realização de pesquisas e estudos para produção de protocolos e diretrizes a respeito da hormonioterapia, implante de próteses de silicone e retirada de silicone industrial para travestis e transexuais; d) qualificação da atenção à saúde mental em todas as fases de vida da população GLBT prevenindo os agravos decorrentes dos efeitos da discriminação, do uso de álcool e outras drogas e da exclusão social; e) garantia de atenção à saúde integral e dos direitos sexuais e reprodutivos em todas as fases de vida, para as mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais, nos âmbito do SUS. A Portaria 1.707/2008 do MS antes citada é, sem dúvida, resultado das mencionadas estratégias e ações.

O entendimento adotado pelo MS acompanha a orientação européia (legal e jurisprudencial⁷²) sobre o assunto, no sentido do reconhecimento da identidade de gênero, não

⁷¹ MS. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Departamento de apoio à gestão participativa. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=43317>. Acesso em: 20 set. 2009.

⁷² Relação de documentos pertinentes ao tema encontra-se disponível em: <<http://www.ilga-portugal.pt/glb/gip/transsexualidade.htm#LEGIS>>. Acesso em: 17 nov. 2009.

só no caso de disforia de gênero, como de gênero adquirido, independentemente da realização da cirurgia de adequação da genitália⁷³. Serve de exemplo da orientação europeia a Lei 3/2007⁷⁴ da Espanha, que dispensa expressamente a cirurgia para alteração do sexo no registro civil. As leis existentes na Europa e as decisões do Tribunal Europeu se inspiram na Convenção para Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais⁷⁵, especialmente no artigo 8, que assegura o direito à privacidade e à vida familiar, e na Recomendação sobre a condição dos transexuais, do Conselho da Europa⁷⁶, adotada em setembro de 1989.

As ações para o processo transexualizador no âmbito do SUS devem permitir a integralidade da atenção à saúde aos indivíduos que dele necessitem, conforme a mencionada Portaria 1.707/2008.

De início, deve se estabelecer o sentido de “integralidade da atenção” a ser aqui adotado, tendo em vista a indefinição do conceito de integralidade no caso da saúde. O debate sobre a integralidade em saúde remonta aos anos 1960, quando surgiu em função da demanda pela denominada “medicina integral”; criticava-se a excessiva especialização na formação médica, que acabava por ressaltar as dimensões exclusivamente biológicas em detrimento das considerações psicológicas e sociais acerca do indivíduo e do processo de adoecimento (COSTA, 2004, p. 11). O discurso inaugural da integralidade compreende um conjunto de atitudes éticas e técnicas desejáveis para os médicos relacionadas às necessidades dos indivíduos. Esse entendimento constituiu posteriormente uma das bases do movimento sanitário que se consolidou na década dos anos 1980 (COSTA, 2004, p. 12).

O SUS, instituído pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, orienta-se por diretrizes e princípios explicitados no artigo 7º, da mencionada lei, dentre os quais o da integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

⁷³ A relevância da questão do reconhecimento da identidade de gênero, como um direito humano, é bem expressada, no âmbito internacional, através do documento denominado “Princípios de Yogyakarta”, resultado dos esforços de uma coalizão de entidades civis, que reuniu princípios e recomendações, que refletem a aplicação da legislação de direitos humanos internacionais à vida e à experiência das pessoas de orientações sexuais e identidades de gênero diversas. Disponível em: <http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf>. Cf. GUIMARÃES (2009).

⁷⁴ Ley 3/2007, de 15 de marzo. Disponível em: <<http://www.derecho.com/legislacion/boe/216466>>. Acesso em: 13 out. 2009.

⁷⁵ Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. Disponível em: <<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/005.doc>>. Acesso em: 20 set. 2009.

⁷⁶ Recommendation 1117 (1989) on the condition of transsexuals. Disponível em: <<http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta89/erec1117.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2009.

Para Camargo (2003, p. 37) “é forçoso reconhecer que integralidade é uma palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito”. Para o autor o termo designa o agrupamento de tendências cognitivas e políticas que se imbricam entre si, mas não são completamente articuladas. Envolve, assim, um aglomerado de significados e de idéias sedutoras, como a “integralidade dos cuidados”, que deve ser questionada, na medida em que pode implicar conseqüências indesejáveis, tais como o controle sem precedentes, a perda da autonomia, enfim, uma medicalização integral (CAMARGO, 2003, p. 35-43).

As várias noções de integralidade, que fazem parte do referido agrupamento, surgem no complexo processo de negociação que se estende desde a formulação de políticas no nível estatal, até a produção de ações individuais de cuidado de saúde. Seu aparecimento se verifica na lacuna, no vazio deixado pela medicalização avassaladora que normaliza a vida dos indivíduos e pelo exercício das práticas supostamente terapêuticas, mas que os desumaniza, ao reduzir a experiência do sofrimento ao domínio biológico, com cada vez menos atenção às expressões individuais dos cuidadores e dos pacientes (CAMARGO, 2003, p. 40).

Neste contexto, o termo **integralidade** deve ser tomado “não como um conceito, mas como um ideal regulador, um devir”. Não há manuais ou protocolos que possam evitar as conseqüências indesejáveis de uma concepção totalizadora da atenção integral, antes referidas. A integralidade “é uma construção do cotidiano, que só será possível na prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos, numa perspectiva ética e emancipatória” (CAMARGO, 2003, p. 40).

Desde a origem, a idéia de integralidade compreende um conjunto de atitudes éticas e técnicas desejáveis para os médicos, os quais devem apreender as necessidades de seus pacientes de modo abrangente, não limitado às dimensões biológicas. Esse conjunto de atitudes, que constrói cotidianamente a integralidade, e que deve ser desenvolvido numa “perspectiva ética e emancipatória” é o desejável na atenção à saúde dos transexuais.

A atenção à saúde do transexual ainda não se pode dizer integral, quando considerado o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde-OMS. Enquanto não for assegurado o reconhecimento do novo estado civil do transexual, não é possível haver um estado de completo bem-estar mental e social. Ao contrário, durante e, principalmente após o tratamento, mais severos são os constrangimentos, o estigma e a discriminação do transexual que não consegue obter judicialmente nova qualificação civil.

O debate dessa questão é indispensável, no momento em que o Ministério da Saúde reconheceu “a orientação sexual e a identidade de gênero” como “fatores determinantes e

condicionantes da situação de saúde”⁷⁷, e instituiu, no âmbito do (SUS), o Processo Transexualizador, sem que fossem promovidas as medidas necessárias, no campo político, para o reconhecimento da nova situação jurídica do transexual.

O MS, exatamente por reconhecer que a população LGBT está exposta a agravos decorrentes da violência, do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão, que violam seus direitos humanos, vem tomando as providências necessárias à atenção integral à saúde dessa população, tais como a instalação de um Comitê Técnico⁷⁸, como espaço de articulação e debate das questões da população LGBT, e o estabelecimento de estratégias de gestão e ação, já mencionadas. Há, portanto, preocupação com a solução de problemas que estão fora do âmbito exclusivo da saúde.

Contudo, tais providências não bastam para a inclusão social do transexual, que deve submeter-se aos rituais jurídicos para obter o reconhecimento de seu *status*, e adquirir, em consequência, a qualificação condizente com sua nova situação no meio social, da qual decorrerão direitos e deveres. Esta é mais uma difícil etapa a ser vencida pelo transexual que busca se tornar uma pessoa “normal”.

O Direito tem dificuldade de reconhecer uma nova identidade, construída a partir do gênero, mesmo quando há adequação cirúrgica da genitália. A alteração morfológica do corpo e da genitália entra em conflito com a definição de sexo existente no direito e na medicina, que exige a coerência entre os aspectos genético, hormonal, gonadal e genital, para definir o sexo “normal”. A noção de gênero não é jurídica, e somente a partir das questões relativas à população LGBT passou a integrar, de modo não muito freqüente, os debates judiciais. Some-se a essas dificuldades a imprecisão do conceito de transexual, acima analisada⁷⁹. Basta lembrar que Sutter (1993, p. 105-108) menciona dezenove conceitos que se referem, sem precisão, a transexualismo, transexualidade e transexual. Alguns requisitos que integram tais conceitos, como a rejeição absoluta do órgão sexual, a ausência de prática sexual e mesmo a prévia homossexualidade, podem não estar presentes, conforme deixou claro Bento (2006, p. 231).

Do mesmo modo, a “identificação psicológica” com o outro sexo, exigida em vários conceitos, deve ser externada, não basta existir. A exteriorização ocorre mediante performances contínuas de gênero. Assim, um indivíduo que se identifique com o outro sexo, mas não adote continuamente o papel social desse sexo, não será reconhecido como

⁷⁷ Texto da Portaria MS 1.707/2008.

⁷⁸ Portaria nº 2.227/GM. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais - GLTB. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2227.htm>>. Acesso em: 10 set. 2009.

⁷⁹ Ver subitem 2.3.

transexual, e receberá provavelmente outra qualificação. O poder judiciário, único competente para autorizar a alteração do *status social* do transexual, se orienta no pronunciamento de peritos, que, como visto no caso de Andréa, podem cometer erros.

Uma política de saúde integral para os transexuais deve expressar a necessidade de alteração da qualificação jurídica do transexual, tenha ou não se submetido à cirurgia de transgenitalização, como uma das formas de atenção a sua saúde, no que respeita ao estado de completo bem-estar mental e social.

O entendimento médico e científico tem sido significativo na apreciação de diferentes matérias submetidas a julgamento pelo Poder Judiciário. É o que se pode constatar na decisão sobre a constitucionalidade da utilização de células-tronco, obtidas de embriões humanos congelados, para fim de pesquisa e terapia⁸⁰. No curso do processo, o Supremo Tribunal Federal – STF realizou audiência pública para oitiva de cientistas, especialmente biólogos e médicos, para esclarecimento dos Ministros daquele tribunal; desse modo esses especialistas contribuíram para o deslinde da questão.

Encontra-se no STF, para julgamento, ação em que se discute a constitucionalidade da criminalização da interrupção da gravidez de fetos anencefálicos⁸¹. Neste processo também foram realizadas audiências públicas para ouvir entidades e técnicos, não só quanto à matéria de fundo, mas também no tocante a conhecimentos específicos que extravasam os limites do Direito. A manifestação do Conselho Nacional de Saúde⁸², no sentido de ser favorável ao reconhecimento do direito da gestante, esclarecida e informada, à opção de manter ou interromper a gravidez por meio da antecipação terapêutica do parto, poderá ser, igualmente, considerada por ocasião do julgamento da referida ação.

Nos casos citados, o pensamento médico tem sido, se não determinante, de todo influente no posicionamento jurídico. Por essa razão, é necessário que haja expressa manifestação dos competentes órgãos da área de saúde, quanto à importância do reconhecimento da nova situação civil para a saúde do transexual.

⁸⁰ Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI 3510/DF, julgada em 29.05.2008. Antes do julgamento, considerado histórico, realizou-se pela primeira vez no Supremo Tribunal Federal - STF audiência pública para oitiva de cientistas, especialmente biólogos e médicos, para contribuir na apreciação da matéria pelos Ministros do STF. Decisão disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?numero=185&classe=STA&origem=AP&recurso=0&tipoJulgamento=M>. Acesso em: 14 out 2009.

⁸¹ Arguição de descumprimento de preceito fundamental – ADPF 54. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaAdpf54>. Acesso em: 14 mar. 2009.

⁸² Resolução nº 348, de 10 de março de 2005. Disponível em: <http://www.ccr.org.br/uploads/noticias/Reso348anencefalia.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2008.

As medidas já adotadas pelo MS deixam claro que os problemas enfrentados pelos transexuais constituem – sobretudo – uma questão de saúde. Tais medidas são, até o momento, as únicas ações praticadas no sentido de minorar os sofrimentos – em princípio evitáveis – dos transexuais. Contudo, quando entendida a saúde, em seu conceito ampliado, antes mencionado e que engloba os fatores que se destinam a assegurar às pessoas e coletividades as condições necessárias ao bem-estar físico, mental e social, constata-se que a atenção à saúde dos transexuais efetivamente ainda não é integral.

Cabe lembrar que durante e, principalmente, após o tratamento, as modificações físicas vão se acentuando, e a identidade de gênero literalmente ganha corpo. Contudo, não há alteração simultânea e, por vezes, sequer posterior, da qualificação civil dos transexuais, que continuam a portar documentos que contêm nome e sexo não condizentes com a pessoa que passou a existir como resultado do tratamento. Em consequência, mais severos são os constrangimentos, a ridicularização, o estigma e a discriminação do transexual, que não raro é acusado de apresentar documentos falsos. Grandes são as dificuldades para obter trabalho e superar a exclusão social sempre sofrida.

O reconhecimento e a recomendação, de modo expresso, pelo MS quanto à necessidade dos transexuais obterem uma nova qualificação civil, como parte da atenção integral a sua saúde, tenham ou não realizado a cirurgia de transgenitalização, poderá ter significativa influência sobre as entidades competentes para lhes garantir tal direito, à semelhança do que ocorreu nas situações acima referidas.

3.2. Efeitos civis da transexualidade

O transexual está submetido, talvez de modo mais severo do que qualquer outro indivíduo, às relações sociais de dominação e exclusão, em virtude da identidade sexual que escolheu. A medicina iniciou sua redenção, ao reconhecê-lo como portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual. A cirurgia de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários tem o propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo “psíquico”, ou seja, àquele a que o transexual sente verdadeiramente pertencer. O indivíduo transexual, angustiado pelo sentimento de não pertencimento ao seu sexo biológico, vislumbra nas referidas cirurgias a possibilidade de adequar a sua forma física à do outro sexo, pondo fim a seu sofrimento.

Se sob o aspecto físico seu problema foi minorado, se não resolvido, por outro lado a cirurgia desencadeia uma série de questões no campo existencial, que ainda aguardam

solução. Como já acentuado, os problemas do transexual, que têm início muitas vezes na infância, crescem ao longo dos anos e se agravam a partir do momento em que começa a se tratar, através da automedicação, ou do processo transexualizador.

As soluções passam, necessariamente, pelo rompimento do sistema sexo-gênero e a, conseqüente e complementar matriz heterossexual, que hoje constituem a única forma de inteligibilidade de homens e mulheres como seres humanos “normais”. A questão se inscreve nos debates sobre a sexualidade numa “sociedade pós-gênero”. Como refere André Rangel Rios (1998, p. 160), como base no pensamento de Donna Haraway, “o dualismo sexual macho/fêmea está em questão tal como os demais dualismos”, que se encontram em processo de desconstrução pelo pensamento contemporâneo. No mundo pós-gênero, “a bissexualidade” será posta de lado (HARAWAY, 1991, p. 50). Donna Haraway analisa o ciborgue, um híbrido de máquina e organismo, que todos somos a partir do final do século XX. A medicina está cheia de ciborgues, “cada qual concebido como um dispositivo codificado, em uma intimidade e com um poder que nunca, antes, existiu na história da sexualidade” (HARAWAY, p. 40). Esses magníficos seres orgânicos podem ser vistos como uma “profilaxia contra o heterossexismo”, porque seu processo de reprodução está desvinculado da reprodução orgânica (HARAWAY, p. 40-41).

Embora Haraway classifique seu ensaio sobre o ciborgue como “um esforço” para construção de um mito político, pleno de ironia, fica demonstrada a existência (ou pelo menos a iminência da existência) do que se poderia denominar um “novo ser”, fruto da biotecnociência, o qual rompe as fronteiras cruciais que preservam a singularidade humana da linguagem, a distinção entre homem e máquina, e os limites entre o físico e o não-físico. Em outras palavras, há um processo de desconstrução dos baluartes da inteligibilidade do humano e de sua sexualidade, que permite vislumbrar alternativas diferentes das atuais para o transexual.

O processo transexualizador, ao adequar o corpo à identidade de gênero, rompe as regras biologistas que determinam a exata correspondência entre o sexo genético, o gonadal e o genital. Mas o faz com propósito terapêutico, para tratar o transexualismo, portanto legitimamente – nos limites do socialmente aceitável. Esses limites se revelam, quando analisados, o que se pode designar “efeitos civis” do tratamento, significando essa expressão a repercussão do resultado da terapia na esfera civil, em tudo o que “for relativo ao cidadão, considerado em suas circunstâncias particulares dentro da sociedade”, vale dizer, tudo o que disser respeito às relações privadas do indivíduo, de natureza existencial ou patrimonial (FRANÇA, 1977, p. 499-500).

Na verdade, a mulher ou o homem construído pela cirurgia encontra sérias resistências ao exercício dos direitos que cabem a qualquer pessoa, a começar pela sua (re)qualificação civil, que compreende, minimamente, a alteração do nome e do sexo nos registros competentes. Sem a qualificação civil adequada ao corpo que resultou do tratamento, um corpo de mulher ou de homem, o indivíduo vê frustradas todas as suas expectativas de vida, no âmbito público ou privado. A pessoa que ele/ela foi, por força da qualificação recebida ao nascer, não existe mais, e a que passou a existir, após o tratamento não é reconhecida. Cabe indagar a razão dessas resistências.

Se a medicina, como uma das vozes do poder-saber, admitiu, no caso do transexualismo, a incongruência entre o sexo genético e o genital, por que o poder judiciário, que acata o pronunciamento médico para reconhecer a existência da vida, decretar a morte e atribuir o sexo, resiste à voz médica no caso dos transexuais? É necessário analisar, ainda que de modo sucinto, os argumentos que têm sido apresentados para se negar ao transexual a (re)qualificação civil, mais precisamente, negar o seu direito à identidade, naquilo que concerne ao nome e ao sexo, e que compromete, na maioria dos casos irremediavelmente, seus direitos existenciais, assim considerados principalmente os direitos pertinentes as suas relações familiares, os quais têm direta e importantes repercussões nas relações patrimoniais.

A qualificação civil das pessoas humanas é feita pelo direito, em função do sexo genital que apresentam ao nascer, informado, na maioria das vezes, pelo médico. Em razão do tipo de genitália, a pessoa será classificada como do sexo masculino ou feminino e receberá um nome adequado a essa condição. Essa qualificação inicial – que só por exceção e por força de ordem judicial será alterada – determinará todos os demais dados que permitem a identificação do indivíduo no meio social, seus direitos e deveres.

O nome, recebido ao nascer, é o nome civil, com o qual a pessoa se apresentará em todas as relações sociais. A sociedade tem grande interesse na correta identificação das pessoas, que se inicia pelo nome, e muito contribui para a estabilidade das relações patrimoniais e existenciais. Basta lembrar os problemas originados pela homonímia, quer para o indivíduo, quer para a sociedade.

Com freqüência, a pessoa é identificada por outra designação que não o seu nome civil, como um apelido, e muitas vezes o seu nome civil é desconhecido pelo público, como acontece com artistas (Xuxa) e atletas (Pelé). É legalmente⁸³ possível que o “verdadeiro” nome, ou seja, aquele que traduz a identidade da pessoa e pelo qual é conhecida no meio social substitua o nome civil, que se encontra esquecido em um arquivo cartorário. Para tanto,

basta que o indivíduo comprove que é socialmente conhecido por outro nome, que não é aquele que consta do Registro Civil. Qualquer tipo de justificativa é admitida e, desde que razoável, aceita pelos juízes que se preocupam em proteger a identidade social da pessoa. Este tipo de entendimento, contudo, não é aplicado aos transexuais, embora, tanto quanto qualquer outra pessoa, adotem socialmente um nome diferente do que está registrado. Porém, não se considera razoável a contradição flagrante entre o nome e o sexo.

Se difícil é obter a autorização judicial para a alteração do nome, mais difícil é a modificação do sexo dos transexuais no Registro Civil. Tornou-se emblemático o caso Roberta Close, conhecida modelo que fizera cirurgia de transgenitalização na Inglaterra, e necessitou de pelo menos dois procedimentos judiciais para obter a troca de seu nome e sexo no Registro Civil.⁸⁴

O julgamento dos pedidos de modificação do nome e/ou do sexo feitos por transexuais têm variado, tanto no que respeita à decisão final (mérito), quanto aos fundamentos apresentados para atender ou não, total ou parcialmente, o que se pediu. O objeto do requerimento também é diversificado. Há pedidos de homologação de sentenças estrangeiras (cirurgias feitas em outros países), pedidos de autorização para fazer a cirurgia, em data anterior à Portaria que institui o processo transexualizador no SUS (2008), e outros de indenização por danos morais, em razão de atos discriminatório em locais públicos. Alguns transexuais, que não fizeram a cirurgia, temem requerer a mudança de sexo e limitam seu pedido à modificação do nome. Outros requerem a modificação do nome e, em outro processo subsequente à cirurgia, a alteração do sexo. Há uma crença geral de que os pedidos, mesmo os relativos apenas ao nome, somente são deferidos após a cirurgia, o que é, realmente, freqüente. O corte físico tem efeito convincente; há casos em que se exige a extirpação de útero e/ou ovários para que haja a alteração apenas do nome. Nessa linha, a castração torna-se pressuposto para a possibilidade da mudança do sexo.

Não se pode apresentar, com segurança, uma posição dos tribunais quanto à questão da transexualidade. É importante, porém, que se tenha uma noção dos entendimentos existentes, que traduzem o pensamento social dominante. De início, deve se observar que qualquer pesquisa sobre os julgados relativos a transexualismo é dificultada pelo fato dos processos correrem em segredo de justiça, para preservação da privacidade dos interessados. Há fácil acesso aos julgados de segunda instância, que são definitivos⁸⁵. A publicação de

⁸³ Lei nº 6015/73, art. 57, § 1º, e 58.

⁸⁴ Sobre o caso ver A transexualidade no passado e o caso Roberta Close. (PAIVA, 2009).

⁸⁵ Os tribunais de primeira instância (juízes singulares) são municipais. A pesquisa sobre os julgados dessas Varas exige que se demarque, portanto, a cidade ou a região pesquisada.

muitas decisões é feita de modo parcial, se limitando a ementas, que muitas vezes são pouco claras quanto ao que se decidiu e pouco ou nada dizem quanto aos fundamentos utilizados pelo julgador.

Não obstante, em revisão bibliográfica⁸⁶ da jurisprudência existente no Brasil em matéria de transexualidade⁸⁷, constata-se que, antes de 1988, os pedidos dessa natureza eram julgados juridicamente impossíveis, acarretando a extinção do processo. Em 1988 foi promulgada a Constituição da República, hoje em vigor, que consagrou expressamente os direitos humanos fundamentais. Certamente esta mudança radical nas linhas mestras do direito brasileiro foi um fator determinante para apreciação dos requerimentos dos transexuais. Isto não significa, porém, que o judiciário, a partir de então, passou a determinar a mudança de nome e/ou sexo. A diversidade dos fundamentos das decisões, tanto para autorizar, como para negar os pedidos, demonstra a instabilidade do entendimento dos juízes na matéria. Não é possível se observar uma tendência significativa no que respeita à fundamentação. Constatam-se, em resumo, os seguintes tipos de decisão final: a) as que autorizam a alteração do nome e do sexo, mas algumas determinam que seja feita referência à ordem judicial ou à qualidade de transexual; b) as que autorizam apenas a mudança do nome; e c) decisões que negam qualquer tipo de autorização.

Alguns juízes e promotores de justiça se preocupam em fazer constar dos novos documentos que houve uma alteração e a razão desta, o que pode ser feito diretamente, consignando-se a qualidade de transexual, ou indiretamente, mediante a referência à decisão judicial. De qualquer modo, este tipo de anotação é discriminatória e pode gerar estigmatização. O Superior Tribunal de Justiça, em outubro de 2009⁸⁸, autorizou a alteração do nome e do sexo de um transexual, e determinou que não houvesse qualquer tipo de averbação quanto à origem do fato no registro civil. Esta é uma decisão importante, e que pode influenciar as dos tribunais inferiores.

O reconhecimento das cirurgias como terapia teve grande influência para a admissão dos pedidos judiciais, anteriormente considerados impossíveis, e para as decisões favoráveis à modificação do nome e/ou sexo dos transexuais. Os motivos para a negação total ou parcial (só alterando o nome) variam desde a falta de legislação específica sobre a matéria, até o

⁸⁶ Resultados quantitativos em anexo à presente tese.

⁸⁷ A pesquisa foi feita na *internet*, nos sites de todos os tribunais estaduais e superiores, a partir de 1988. Refere-se, portanto, a decisões de segunda instância apenas. Foram utilizados outros descritores, a saber: transexualismo, transexual, sexo, gênero, sexualidade, corpo (direito ao, modificações no, autonomia sobre).

⁸⁸ Recurso Especial 1008398 / SP, Relatora Min. Nancy Andrigui, julgado em 15.10.2009. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=transexual&&b=ACOR&p=true&t=&l=10&i=2>>. Acesso em: 19 jan. 2010.

direito de terceiros terem conhecimento da alteração, quer por razões pessoais, quer negociais. O problema maior, e que está no fundo de todo debate, reside na modificação do sexo, elemento integrante do *status*, entendido como o conjunto de qualificações jurídico-sociais do indivíduo, e fator determinante de direitos próprios do estado de homem ou de mulher. Em outras palavras, admitir a alteração do sexo significa atribuir ao indivíduo todos os direitos próprios do novo sexo (no caso da mulher, por exemplo, os direitos relativos à maternidade, regime de trabalho diferenciado) e, talvez mais grave, admitir a prática de atos jurídicos para os quais se exige a diferença de sexo, como o casamento.

Paralelamente a todo debate jurídico, que talvez termine se for feita a regulamentação legal⁸⁹ da matéria, a transformação do corpo do indivíduo se dá ao longo do tempo, em virtude da ação de hormônios e de seguidas intervenções corporais, em geral de natureza cirúrgica. Nesta fase de transição se agravam os problemas do transexual (*MtF* ou *FtM*), pois os sinais evidentes da mudança, como alteração da voz, do contorno do corpo, aumento (ou diminuição ou extirpação) das mamas, crescimento da barba, enfim a alteração dos caracteres sexuais secundários, expõem a dolorosa – física e psicologicamente - travessia de um sexo para o outro. A “anormalidade” torna-se socialmente visível, o que aumenta a discriminação, a exclusão, quando não a ridicularização do transexual. A dualidade que emerge do corpo do transexual, carrega consigo o espectro do monstro de que nos fala Foucault. Os problemas, contudo, não são apenas esses. Basta lembrar, os debates anteriormente referidos (subitem 2.3) quanto ao momento em que deve ser iniciado o processo transexualizador, e ao direito de ter filhos, adotivos ou genéticos, que inclui a gestação, o que é possível com ou sem recurso às técnicas de reprodução assistida.

A instabilidade dos conceitos das diferentes situações sexuais apresenta uma face “dinâmica”, mutante, a evidenciar a impossibilidade de controle total sobre o comportamento humano. De acordo com Michel Foucault (2008, p. 132), o corpo que se exige seja dócil nas mínimas operações, “opõe e mostra as condições de funcionamento próprias a um organismo”. O poder disciplinar, que “dociliza” o corpo, tem por correlato uma individualidade, não só analítica, celular, mas também natural e “orgânica”.

A mesma “oposição natural e orgânica”, pode ser vislumbrada nos comportamentos sexuais humanos que escapam das regras traçadas pelo dispositivo da sexualidade. No campo médico essa “oposição” é percebida como “anormal”, e deve ser tratada, no que for possível,

⁸⁹ Observe-se que uma lei que venha a ser feita regulamentando os direitos dos transexuais, graças as suas profundas repercussões sociais, provavelmente será questionada junto ao STF. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp>>. Acesso em 20 fev. 2010.

para que se adéqüe aos padrões físicos e comportamentais “normais” ou “saudáveis”. O direito se articula com a medicina e apreende as “anormalidades”, mas estas nem sempre encontrarão espaço nas categorizações jurídicas e seus pressupostos. A consequência do não enquadramento nas previsões jurídicas é a rejeição desses “anormais”, a negação de seus direitos. O não reconhecimento pelo direito, poder-saber que estabelece várias normas de inteligibilidade do indivíduo, contribui de modo decisivo para sua discriminação e exclusão social.

Este é o caso do transexual, a partir do momento em que sua identidade sexual aflora e entra em contradição com a identidade jurídica que possui. Sua classificação como homem ou mulher, não é possível, quando se consideram os elementos biológicos da diferenciação sexual como pressupostos dessas categorias. Além disso, e mais grave, quando deixa de ser transexual e passa a ser um homem ou uma mulher, não há justificativa para cercear seus direitos. É isto que está em jogo no debate jurídico: o direito à identidade, condizente com sua situação corporal, e que inclui o direito ao nome e ao sexo que construiu, direito à privacidade, direito de não ser discriminado, direito de exercer livremente sua orientação sexual, direito de constituir família, de ter filhos, por adoção ou recurso às técnicas de reprodução assistida, e todos os demais direitos que são constitucionalmente assegurados a qualquer pessoa. Para que esses direitos sejam reconhecidos ao transexual é necessário que se reconheça, inicialmente, a autonomia sobre o próprio corpo, o poder dos indivíduos se auto-construírem, que é questionado em relação a todas as pessoas, e, supostamente com mais razão, quando se trata de transexuais, seres que estão, a rigor, fora do direito, porque não são nem homens, nem mulheres. Este o efeito civil mais perverso do processo transexualizador: deixar o transexual no espaço não-jurídico, à mercê das interpretações judiciais e dos humores políticos.

3.3. Transgenitalização como condição para a inclusão social

O debate existente em torno da realização ou não da cirurgia de transgenitalização expõe vários aspectos da complexa questão relativa ao reconhecimento do homem ou da mulher em que o transexual se transforma. O transexual, pelas regras médicas vigentes, tem direito a não realizá-la. Esse direito nada mais é do que uma das formas de expressão da autonomia sobre o próprio corpo, naquilo que concerne ao poder dos indivíduos decidirem sobre sua própria saúde, o que inclui o direito de modificar seu corpo, a seu exclusivo critério, e mesmo de fazer escolhas consideradas não saudáveis pelo poder-saber médico. O exercício

da autonomia, em especial nos dois últimos casos, é questionado em relação a todas as pessoas, e, supostamente com mais razão, quando se trata de transexuais.

É necessário desde logo explicitar que, como bem observou Berenice Bento, o debate da questão não tem qualquer intenção de diminuir a importância da cirurgia para os transexuais que querem, realmente, fazê-la, para retirar do seu corpo as partes que consideram responsáveis por suas dores e exclusões (BENTO, 2006, p. 231).

A cirurgia de transgenitalização, considerada pelo CFM (Resolução 1.652/2002) como “a etapa mais importante no tratamento de pacientes com transexualismo”, acabou por ser “desmistificada” pelos próprios transexuais, como demonstrou a pesquisa realizada por Berenice Bento (2006, p. 230). Como que a comprovar o resultado da pesquisa, a Portaria MS-1.707/2008, ao instituir o processo transexualizador no SUS, permitiu que a integralidade da atenção, não restringisse, nem centralizasse a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização e de demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes.

Isto não significa, porém, que a cirurgia não integre mais o processo transexualizador, mas que o processo pode se realizar independentemente dessa meta cirúrgica. Sem dúvida, os casos em que há razões médicas para a não realização da cirurgia, como a existência de risco cirúrgico elevado, autorizam a “dispensa” da transgenitalização. O problema existe no momento em que o transexual não quer a modificação de sua genitália, o que acarreta os graves efeitos civis indicados no item anterior.

De acordo com o Código de Ética Médica, em vigor, é vedado ao médico: desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida⁹⁰. No mesmo sentido, estabelece o novo Código de Ética Médica, a entrar em vigor em abril de 2010, ser vedado ao médico: deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo (Resolução CFM N° 1.931/2009, art. 24); ou desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte (art. 31).

Observa-se, porém, que os princípios fundamentais do novo Código prescrevem que: no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas (Resolução CFM N° 1.931/2009, item XXI).

Há um aparente conflito entre as disposições mencionadas. Uma interpretação possível dos artigos citados revela a preocupação do Código de resguardar, de um lado, o poder de decisão do médico, ao não aceitar as escolhas inadequadas do paciente, caso em que deverá tomar as providências que entender cabíveis, e de outro, o direito do paciente de decidir livremente sobre seu tratamento, que não pode ser desrespeitado pelo médico.

O respeito à autonomia do paciente fica patente nos regulamentos médicos referidos, o que deveria ser – e com mais razão – acatado pelos demais setores da sociedade, especialmente pelo direito, o que não ocorre, como demonstrado no subitem anterior. Cabe, portanto, indagar qual a razão da resistência, implícita ou explícita, que se constata no direito e no próprio meio médico, em aceitar a recusa do transexual à cirurgia, ou, dito de outro modo, por que a transgenitalização se tornou, na prática, uma condição para a inclusão social do transexual. Por que, enfim, sua autonomia não é respeitada neste caso?

O conceito de autonomia remonta à origem grega do termo, que se referia “à coletividade, precisamente a seu **poder** autárquico, consistente na capacidade de a *pólis* grega instituir os meios de seus poderes legítimos” e de fazê-los respeitados pelos cidadãos. Somente a partir do século XVIII, isto é, do humanismo individualista da idade moderna, a autonomia (*autos*, que significa “por si mesmo” + *nomos*, que significa lei, norma, convenção⁹¹) se aplica aos indivíduos. A primeira formulação do conceito de autonomia se deve a Immanuel Kant, para quem o sujeito moral é o que faz suas livres escolhas, com base em princípios morais livremente escolhidos, condição necessária da responsabilidade: “um agente moral é assim **autônomo** se for ele, e unicamente ele, a escolher sua lei moral, ou seja, for livre” (SCHRAMM, 1998, p. 31-32). Para Kant (*apud* SCHRAMM, 1998), a razão permite esta escolha e a liberdade é mais do que a mera ausência de condicionamentos externos. Segundo Fermin Roland Schramm, a palavra autonomia “indica, portanto, a capacidade humana em dar-se suas próprias leis e compartilhá-las com seus semelhantes” ou “a condição de uma pessoa ou de uma coletividade, capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submeter”, ou, em síntese, “a competência da vontade humana em dar-se a si mesma sua própria lei” (SCHRAMM, 1998, p. 30-32).

⁹⁰ Resolução CFM nº 1.246/88, de 08.01.88. Art. 56.

⁹¹ Semanticamente, "autonomia" vem do grego *autonomia*, palavra formada pelo adjetivo pronominal *autos* - que significa ao mesmo tempo "o mesmo", "ele mesmo" e "por si mesmo" e *nomos* - que significa "compartilhamento", "lei do compartilhar", "instituição", "uso", "lei", "convenção". Nesse sentido, autonomia significa propriamente a competência humana em "dar-se suas próprias leis". Filosoficamente, "autonomia" indica a *condição de uma pessoa ou de uma coletividade, capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submeter*. Seu antônimo é "heteronomia". (SEGRE; SILVA; SCHRAMM, 1998, p. 15-16).

Há na concepção kantiana uma relação entre liberdade e autonomia. A liberdade é um valor, conteúdo de igual princípio jurídico, que enseja uma pluralidade de significados. Liberdade implica autonomia, ausência de vínculos, pressões ou coações externas, sendo denominada, sob essa ótica, liberdade negativa, enquanto supõe a garantia de não ingerência de poderes ou forças estranhas ao sujeito no desenvolvimento de sua atividade (LUÑO, 2006, p. 225). Mas há, também, a ótica positiva que se traduz na competência do ser humano para se autonormatizar, para dar a si mesmo “sua própria lei”, de que fala Schramm.

Para Pietro Perlingieri (2002, p. 160), a realização da pessoa humana está confiada à liberdade fundamental, geralmente assegurada pelas Constituições. Segundo o autor a definição de liberdade é influenciada de modo decisivo pelo contexto cultural, antropológico e ideológico e pela concepção previamente acolhida pelo direito. Não é mais como no passado, uma liberdade natural, originária do indivíduo, como esfera de sua discricionariedade, limitada excepcionalmente pela lei, em razão de excepcional interesse do Estado. Nem tampouco é mais um “âmbito de independência” concedido pelo Estado, liberdade negativa, que corresponde à limitação da soberania do Estado nos confrontos com o indivíduo, ao qual são conferidos certos direitos, como a liberdade de pensar, de circular, de associar-se. Esse tipo de liberdade convive nos sistemas constitucionais democráticos com a liberdade que se traduz em situações subjetivas ativas, na maioria de natureza existencial.

É neste campo de “convivência” entre as expressões da liberdade que o indivíduo, que tem competência psíquica e moral, exerce sua autonomia positiva, a autonomia de decidir sobre si próprio. Nesta esfera se inscreve, portanto, o direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, resguardado pelo Código de Ética Médica hoje existente e por aquele a entrar em vigor.

Como esclarecem Segre, Silva e Schramm: “a liberdade é um modo de existir e não um ideal separado da existência”, por conseguinte, a autonomia, como expressão da liberdade, se confronta sempre com seu contrário, a heteronomia. O exercício da autonomia ocorre no espaço de determinações que não partem do próprio indivíduo. Na verdade, “ninguém é dono de si mesmo”, e cabe à família, à entidade hospitalar ou ao Estado, o direito de moldar as pessoas segundo determinados padrões. Nessa linha, o confronto do princípio bioético da beneficência com a autonomia revela uma oposição, na medida em que o “benéfico”, no sentido do que é bom para o indivíduo, é estabelecido por “consenso” (que pressupõe a participação do sujeito), obtido sem a participação do sujeito. A partir daquilo que se entende bom para a pessoa, é estruturado um padrão sobre como se deve pensar e agir, que deve ser acatado pelo indivíduo, sob pena de ser alocado no campo da “doença (conceito estatístico)”,

que se contrapõe à normalidade, e em razão da qual se atribui à sociedade o poder de intervir sobre o “anormal”, mesmo contrariamente a sua vontade (SEGRE *et al*, 1998, p. 15-23).

É possível perceber o caráter paternalista dessa beneficência, especialmente quando se trata da saúde, no momento em que viver bem, vale dizer, de modo saudável conforme o que foi estabelecido por “consenso” (nos termos referidos), não é um direito, mas um dever. Há, em tal caso, afronta à concepção de autonomia como um princípio, segundo o qual todo ser humano pode decidir sobre si mesmo, pareça justa ou não a sua conduta, não cabendo julgar as razões que informaram a decisão tomada pelo indivíduo, desde que a deliberação tomada não cause danos a outras pessoas. A autonomia deve ser entendida dentro da realidade de cada um, a qual inclui, especialmente, os obstáculos que poderiam ser opostos à autonomia, como o uso de drogas, uma doença física, ou mesmo o fanatismo religioso; de algum modo, todos estão sujeitos às mais variadas influências sobre a própria conduta (SEGRE *et al*, 1998, 15-23.). Deve-se considerar que:

Autonomia não se atribui a ninguém: cada um tem a própria. As influências sobre a personalidade certamente existem, em todas as pessoas. São elas de índole genética, cultural, decorrente de "doenças", de traumas físicos ou psíquicos. Mas, dentro desta visão de cada pessoa, "de dentro para fora", e não por julgamento de terceiros, cada ser pode sentir-se *soberano* ao exercer algum tipo de autodeterminação. (SEGRE *et al*, 1998, p.23)

Com relação às limitações humanas que podem “comprometer” a autonomia, cabe lembrar que Friedrich Nietzsche, mesmo tendo sintetizado na metáfora “humano demasiado humano” o atrelamento do ser humano a suas limitações e ressentimentos contra a vida, indicou um caminho para a evolução do humano, que poderia ser autenticamente livre, talvez numa condição “pós-humana” (SCHRAMM, 2005b, p. 39-65).

De acordo com SCHRAMM, há uma tensão, *prima facie* não eliminável, entre os princípios da proteção, examinado no capítulo seguinte, e da autonomia, que devem ser pensados “como dois pólos co-necessários de uma *dialética*”, entre a condição “demasiado humana”, que precisa de “proteção”, e a possibilidade de ultrapassar essa condição pela evolução rumo a um patamar de moralidade que contemple a autonomia do indivíduo, e não apenas aquilo que foi imposto pelo grupo, a comunidade e a sociedade. Nessa linha de evolução, a autonomia toma o lugar, paulatinamente, dos princípios da beneficência e da não-maleficência, que lhe são concorrentes, e acabam por se identificar com o “paternalismo”, quando não respeitam o direito do indivíduo fazer suas escolhas (SCHRAMM, 2005b, p. 39-65).

A proteção, por sua vez, está atualmente ressemantizada, e se refere à maneira de garantir os interesses do indivíduo particularmente vulnerável ou desamparado, de modo a propiciar-lhe as condições necessárias para adquirir a competência para exercer sua autonomia e assumir a responsabilidade por suas escolhas e práticas. Desse modo, se estabelece uma dialética entre os dois princípios, antes opostos entre si, que permite, em última análise, garantir o bem-estar dos indivíduos, sem prejuízo de sua autonomia (SCHRAMM, 2005a, p. 39-65).

As considerações acima sobre a autonomia deixam claro que a autonomia do transexual deve ser respeitada, também e especialmente no que se refere à realização da cirurgia, e que a melhor forma de protegê-lo é capacitá-lo plenamente para o exercício dessa autonomia, o que, no caso, requer sejam promovidas as articulações necessárias para que ocorra sua inserção na sociedade, como homem ou como mulher, mesmo que não tenha alterado sua genitália.

Não se deve esquecer, porém, que o corpo é alvo do poder, desde a época clássica. O corpo dócil, fabricado pelas disciplinas, pode ser manipulado, transformado e aperfeiçoado (FOUCAULT, 2008, p. 118-119). O controle do corpo, para que se mantenha dócil, se faz através de um pequeno mecanismo penal que funciona em todos os sistemas disciplinares. Há uma espécie de privilégio de justiça, com leis próprias para delitos miúdos e específicos, como a inobservância das regras do dia a dia: atrasos, falta de atenção, comportamentos inadequados (falar muito, “maus hábitos” sexuais). Para cada um, uma pena que pode variar desde uma reprimenda até humilhações. O sistema penal da disciplina é um modelo reduzido do tribunal. É preciso punir toda e qualquer inobservância das regras, tudo que dela se afasta: os desvios e tudo que estiver no campo indefinido do não-conforme devem ser punidos. O castigo é essencialmente corretivo (FOUCAULT, 2008, p. 149).

A punição do poder disciplinar não objetiva exatamente a expiação, nem a repressão propriamente dita. Ela tem outras funções importantes: compara o comportamento individual ao do conjunto, que define a regra a ser seguida; diferencia os indivíduos entre si, separando-os, conforme sigam ou não a regra; mede as capacidades individuais, hierarquiza os que têm valor, e cria desse modo uma medida de valor que constrange, uma conformidade que deve ser alcançada; traça, enfim, a fronteira externa que expõe o normal. Em uma palavra, a punição “normaliza” (FOUCAULT, 2008, p. 153).

O pequeno tribunal disciplinar se opõe, em cada minúcia, ao tribunal judiciário, que não “cria” a norma para cada caso específico, mas aplica um corpo de leis abstratamente previstas para todos indistintamente. O judiciário, diferentemente da disciplina, não

hierarquiza, nem diferencia os indivíduos, seu dever é fazer funcionar a ordem do permitido e do proibido; suas sanções não são normalizadoras (FOUCAULT, 2008, p. 153).

O transexual se submete à docilização: seu corpo é analisado e manipulado, para ser transformado e aperfeiçoado. É preciso adaptá-lo aos requisitos do sistema sexo-gênero, o quanto possível. Mas, em dado momento, o transexual se opõe à docilização, mostra condições de funcionamento próprias, quer exercer sua autonomia. O transexual se afasta da regra, entra literalmente no campo indefinido do não-conforme, torna-se um anormal. É preciso punir este desvio, normalizá-lo.

O desvio do transexual é grave, em conseqüência, ele é duplamente punido. Sofre todas as “pequenas” sanções disciplinares, que se traduzem nas penas impostas pela sociedade, em todos os lugares alcançados pelo poder disciplinar; são penas variadas, desde constrangimentos, humilhações até uma severa discriminação que o confina em um dos muitos guetos destinados aos anormais.

Além disso, recebe também a sanção do poder judiciário, por ter transgredido a ordem do proibido, ao não observar as regras do sistema sexo-gênero, que ditam a inteligibilidade dos seres humanos. A pena que lhe é aplicada – não prevista em qualquer lei – é o não reconhecimento da identidade sexual que adota, em alguns casos mesmo tendo feito a transgenitalização, e, com mais razão, quando não a realiza. Implicitamente são retirados vários dos seus direitos, como visto no subitem anterior. Na verdade, nada é dito diretamente, nada é exposto, múltiplos e imprecisos são os argumentos invocados para aplicação da pena perpétua de negação da identidade, da condenação à vida nua. Estas são as sanções previstas para a infração das normas estabelecidas nos códigos invisíveis, por onde transpiram as regras morais.

No âmbito do não-dito está a verdadeira razão de pena tão rigorosa. O homem ou a mulher que resulta do tratamento do transexualismo é um produto do saber biotecnocientífico, aplicado à saúde, o que implica e legitima a intervenção e o controle sobre esse grupo de indivíduos que apresentam riscos para a ordem social estabelecida, por insistirem em comportamentos e práticas não saudáveis, para sua condição: casar, constituir família, ter filhos, enfim, exercer direitos que têm como pressuposto a heterossexualidade, praticada por indivíduos que respeitem integralmente o sistema sexo-gênero.

Sob o império da biopolítica - conceito criado por Foucault para designar as manifestações do poder, que a partir do século XVII, centraram-se na vida humana, por um lado voltando-se para o “corpo-espécie”, o corpo suporte dos processos biológicos (reprodução, nascimento, morte, longevidade, nível de saúde), que se tornaram objeto de uma série de intervenções e controles reguladores do poder: “*uma bio-política da população*”, e

por outro para o corpo individual, que deveria ser adestrado, ampliado em suas aptidões, docilizado através de disciplinas, para que pudesse produzir mais, ser mais útil, e assim se integrar nos sistemas de controle eficazes e econômicos, dando início à era do “biopoder”, isto é, um poder centrado na vida (FOUCAULT, 2006, p. 152-153 e 158) - a aplicação da pena capital só tem cabimento quando se invoca a incorrigibilidade do criminoso e a necessidade de salvar a sociedade: são mortos legitimamente os que constituem uma espécie de perigo biológico para os outros (FOUCAULT, 2006, p. 150). O transexual é uma ameaça à sociedade, um perigo para todos, portanto, é “legítima” sua “morte social”, que ocorre ao ser condenado à vida nua.

4. PROCEDIMENTOS DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL EM FACE DA BIOÉTICA

4.1. Medicalização da vida, da saúde e da sexualidade

A articulação entre a medicina do corpo e a medicina das perversões, que de há muito apresenta certo tipo de tensão (CORREA, 1998, p. 86), ocorreu de forma expressa e tranqüila no caso do paciente transexual, conforme se constata da regulamentação estabelecida pelo CFM para o tratamento dos transexuais. Contudo, Foucault assinala que no século XIX houve a separação entre a medicina geral do corpo e a medicina do sexo, que gerou uma verdadeira autonomização do sexo em relação ao corpo. A medicina do sexo isolou o “instinto sexual”, suscetível de anomalias de constituição, desvios adquiridos, enfermidades e processos patológicos, independentes de qualquer alteração orgânica. Constitui-se, desse modo, a **medicina das perversões, que tomou o lugar das categorias morais da devassidão e da extravagância** (FOUCAULT, 2006, p. 129).

Constata-se, porém, que a mencionada separação entre as “medicinas” não era (como não é), efetiva, pois havia a articulação entre ambas para atender interesses políticos maiores. Entendia-se que o sexo gerava doenças, através das relações sexuais, e podia transmitir ou criar doenças para as gerações futuras. Atribuiu-se ao sexo, em consequência, uma “responsabilidade biológica” em relação à espécie. Surge um projeto médico e político para organizar a gestão estatal de “todo capital patológico da espécie”, que tinha sua origem no sexo. Era necessário administrar e controlar o sexo e sua fecundidade. A medicina das perversões e os programas de eugenia forneceram os instrumentos para tanto. A “teoria da degenerescência” permitia uma articulação constante entre ambas perspectivas médicas, num processo mútuo de legitimação: “a hereditariedade carregada de doenças diversas [físicas ou psíquicas] produzia, no final das contas, um perverso sexual” (FOUCAULT, 2006, p. 129). O núcleo sólido das tecnologias do sexo foi construído pelo conjunto perversão-hereditariedade-degenerescência, que se espalhou, ao longo do tempo, pelas instâncias de controle social. O Direito, através da medicina legal, funcionou durante muito tempo valendo-se desse conjunto. Até a atualidade são sentidos os efeitos do “poder temível” que foi dado ao sexo por essa tecnologia (FOUCAULT, 2006, p. 130). O controle desse “poder temível” alcança atualmente o campo da genética.

O que terá permitido a permanência dessa “articulação” e desse “poder”, surgidos no século XIX, por mais de um século? Para Foucault, é possível que o indefinido prolongamento da tecnologia do sexo se deva precipuamente à invenção e produção,

constante e permanente, de métodos e procedimentos que atualizam a “medicação do sexo”. (FOUCAULT, 2006, p. 130)

Na verdade, se constata que no século XIX teve início a instauração daquilo que hoje se denomina “fenômeno da medicalização” da vida ou da sociedade, o qual se intensificou no século XX, época em que se chega ao *healthism*, movimento que promove a saúde como principal preocupação social, e torna a ausência de doenças e a manutenção do vigor físico um dever de todos. De acordo com Pierre Aïach (1998, p. 15), a medicalização, reforçada e acelerada pelas inovações científicas, atinge o conjunto de países industrializados de todos os modos. Ela é compreendida, *a priori*, como uma extensão do domínio médico, que trata das instituições de saúde, e do pessoal médico e paramédico. Contudo, a medicalização também compreende **tudo** o que pode se relacionar com a medicina, alcançando realidades que, em princípio, não teriam qualquer relação direta com o campo médico. Essa forma de medicalização se imbrica com a primeira; é, porém, complexa e tem sua própria lógica e dinâmica. Esta segunda forma de medicalização se apóia na extraordinária legitimidade científica que beneficia a medicina, e sobre o fato de não haver, aparentemente, outra *expertise* possível, seja porque esta realmente não existe, seja porque a credibilidade das outras não parece suficiente. Mas, sobretudo, a medicalização se explica pelo lugar que a saúde ocupa em nossa sociedade: a saúde é um valor e torna-se um dever do cidadão ⁹² (AÏACH, 1998, p. 15-16).

Como observa Thomas Szasz (2007, p. xiii), tudo que fazemos ou que nos acontece afeta ou depende do uso do nosso corpo. Portanto, em princípio, tudo que as pessoas fazem ou lhes acontece pode ser tratado como uma questão médica. Do mesmo modo, durante muito tempo (e ainda hoje para muitas pessoas) tudo que acontecia se dava pela vontade de Deus e pertencia, portanto, ao domínio da religião.

Ações consideradas “naturais” como comer, dormir, reproduzir, envelhecer, praticar sexo, e muitas outras situações cotidianas encontram-se, em maior ou menor grau, medicalizadas, isto é, explicadas, controladas e justificadas pela medicina. Os aspectos da vida que são patologizados acabam por restringir a extensão do que é socialmente aceitável. O controle do comportamento humano, através do controle médico-social, decorre da autoridade que tem a medicina para definir comportamentos, pessoas e coisas. O poder religioso foi reduzido, mas outros fatores sociais encorajaram ou favoreceram a medicalização. A “fé

⁹² Sobre o tema ver SCHRAMM (2006). **A saúde é um direito ou um dever?** Autocrítica da saúde pública. GAUDENZI (2010). **Um olhar da bioética sobre o cuidado com a própria saúde no contexto da saúde pública e do exercício do biopoder na atualidade.**

inabalável na ciência, na racionalidade e no progresso”, aliada ao incremento do prestígio e do poder médico, são alguns dos fatores que, mais do que explicam, constituem o contexto onde a medicalização ocorre ⁹³ (CONRAD, 2007, p. 8).

A medicalização pode ser entendida como um fenômeno que marca profundamente nossa sociedade, que orienta o desenvolvimento econômico, as práticas sociais, as esperanças e as satisfações/insatisfações, a partir dos objetivos e das finalidades relativos à saúde considerada como valor supremo. Combinada com regras imperativas, por vezes totalitárias, a saúde dita todas as regras da vida. Mais do que um direito, a saúde torna-se um dever para a sociedade e para o indivíduo, como acima observado.

O problema hoje é saber o que realmente pode ou deve ser incluído no campo médico ou não. O mais importante, porém, é distinguir entre a medicalização que vem “de cima”, por coerção do poder, que é feita para controlar e punir (indivíduos, populações, grupos de risco e a própria espécie como um todo), e que no seu último desenvolvimento se associou a psiquiatria, e a medicalização que “vem de baixo”, por escolha dos que não têm poder, na forma de auto-medicalização ou como pretexto para não trabalhar, o que é bastante antigo (SZASZ, 2007, p. xiii-xvi).

A medicalização é bidirecional, uma vez que pode consistir tanto na medicalização, quanto na desmedicalização. Para que a desmedicalização ocorra, o problema não deve mais ser definido em termos médicos, nem os tratamentos médicos devem ser considerados intervenções apropriadas. São exemplos clássicos de desmedicalização a masturbação, o desejo sexual feminino (histéricas), a homossexualidade. Sob um ponto de vista diferente, os portadores de deficiências físicas têm lutado pela desmedicalização de seus problemas, e seu reenquadramento em termos de acesso e de direitos civis (CONRAD, 2007, p. 7).

Segundo SZASZ (2007, p. xvii), a medicalização não deve ser atribuída ao progresso científico ou a forças culturais. Para entendê-la é preciso identificar os “medicalizadores” e seus motivos. A medicalização não é um processo impessoal: “é propaganda psiquiátrica, não análise histórica”. Para o autor, a história da desmedicalização da homossexualidade evidencia que a classificação médica é “uma atividade humana, governada por interesses humanos” (SZASZ, 2007, p. xviii). Lembra, ainda, SZASZ (2007, p. xxiii), que no final do século XIX, os doutores transformaram diversas práticas e desejos sexuais em um “dicionário de doenças em latim”. Cem anos depois, eles transformaram muitas dessas doenças, como a

⁹³ O autor, no capítulo 1, destaca as mudanças da medicina nos últimos 20 anos, e discorre sobre a importância da criação do “mercado da medicalização”. (CONRAD, 2007, p. 8).

masturbação, a pornografia, a prostituição, em “terapias do sexo”⁹⁴. A homossexualidade e a masturbação foram erradicadas? Não, foram desmedicalizadas (SZASZ, 2007, p. xv).

As pessoas sabem que malária e melanoma são doenças, mas têm que ser informadas, repetidas vezes, que a depressão e o alcoolismo são doenças: as enfermidades mentais não são como qualquer outra doença, e os hospitais psiquiátricos não são como são como outros hospitais: “as pessoas sabem que o negócio da psiquiatria é coerção, não cura” (SZASZ, 2007, p. xxiii)⁹⁵. Lembra, ainda, a “praga iatrogênica de curar não-doenças pela lobotomia”, imposta ao sujeito contra sua vontade ou sem seu consentimento. Em conclusão, o autor entende que medicalização não é medicina ou ciência, é uma estratégia semântico-social que beneficia algumas pessoas e prejudica outras (SZASZ, 2007, p. xxvi).

Uma apreciação menos radical da medicalização é feita por Pierre Aïach (1998, p. 17-18), para quem a questão essencial para entender a medicalização diz respeito aos mecanismos psicológicos do homem em face do perigo que representa a doença, como antecipação e anunciação da morte. Esse entendimento é ilustrado pela história do Dr. Knock, personagem de uma peça escrita em 1923⁹⁶, médico que se impôs a uma pequena comunidade, para obter recursos para sua própria sobrevivência. Sua estratégia foi inquietar os camponeses, aproveitar-se de sua credulidade, para despertá-los quanto à importância da saúde para cada um deles, a partir do momento em que acreditassem que ela estaria seriamente comprometida. O poder do Dr. Knock residia na importância do que estava em jogo: a vida, a possibilidade de vida. Seu poder se assentava na crença de que a vida estava em perigo e que ele, sem fazer grandes promessas, poderia ter sucesso em protegê-la e em manter as doenças estáveis. A medicalização se instalou, na ficção, com o Dr. Knock.

O autor observa que na atualidade o Dr. Knock não precisaria “criar” doenças, enganar seus pacientes, pois o cidadão comum atual dificilmente passaria por um *check-up* sem encontrar alguma razão para ser tratado. O Dr. Knock simboliza todos os guias ou orientadores (*meneurs d’hommes*) que organizam a submissão da coletividade a um mito ou a uma mentira. Esta submissão se obtém facilmente em razão do que está em jogo: a saúde de cada indivíduo, ou, mais precisamente o pavor da doença e da morte que se insinua ao fundo (AÏACH, 1998, p. 19).

⁹⁴ O autor ilustra sua afirmativa mencionando o trabalho de William Masters e Virginia Johnson, que apresentava várias “pérolas da medicalização”. (SZASZ, 2007, p. xxiii).

⁹⁵ Thomas Szasz cita como exemplo campanhas educativas sobre o alcoolismo e depressão. (SZASZ, 2007, p. xxiii-xxvi.)

⁹⁶ “Knock ou le triomphe de la médecine”, peça de Jules Romains escrita em 1923. (AÏACH, 1998, p. 17).

A medicina, como o Dr. Knock, tem o poder de trazer esperança, a promessa de atos que podem aliviar ou melhorar o estado de saúde, mesmo que os recursos existentes não estejam à altura do proposto. As promessas vão além, e acenam com beleza, juventude, bem-estar, tudo que se traduz na palavra felicidade. Para tanto, porém, é preciso manter a boa-forma, seguir todas as prescrições, especialmente as de natureza preventiva. É necessário também modificar comportamentos e hábitos julgados nefastos para a saúde, ainda que falte comprovação científica da necessidade de alterá-los (AÏACH, 1998, p.24-27).

A medicalização da vida se faz através da noção de desvio (*déviante*) e sua transformação em noção de doença, a normalidade se traduzindo agora em termos de saúde. A preocupação com a saúde invade todos os espaços. Uma grande maquinação se monta para que esta seja a primeira preocupação do indivíduo e da coletividade (AÏACH, 1998, p.26).

Instala-se na população, desse modo, uma preocupação obsessiva com a saúde, que adquire um *status* social privilegiado. O movimento que promove a saúde como principal preocupação social, denominado nos Estados Unidos *healthism* e na França *santéisme*, aproxima-se da ideologia da prevenção⁹⁷. Para seus seguidores, a ausência de doenças e a manutenção do vigor físico e intelectual é possível, desde que cumpridos os preceitos do “evangelho higienista”. A prevenção, nestes termos, produz efeitos contrários aos daqueles a quem se dirige, visto que se fundamenta em uma deformação da realidade. Essa ideologia apresenta uma tendência totalizante, ao invadir o campo social, para aumentar a patologização e estender a competência médica a problemas e dificuldades de ordem social e de ordem psicológica. Em sua evolução, estabelece uma relação sutil dos indivíduos com seu corpo, com a doença e com os profissionais de saúde, que se traduz num interesse crescente pelas questões de saúde. O indivíduo tem o dever de cuidar de sua saúde, visto ser ele o único responsável por seu estado de boa saúde (AÏACH, 1998, p.16 e 30-31).

4.1.1. Medicalização, biopolítica e transexualidade

A exposição, em linhas gerais, do processo de medicalização permite identificar a verificação de algumas concepções de Foucault, que conduzem ao que ele denominou “biopoder” e “biopolítica”. Além disso, a compreensão da relação entre a medicalização da vida e a biopolítica, no que tange à sexualidade, auxilia a análise do processo transexualizador

⁹⁷ Pierre Aïach se refere à “dimensão ideológica da noção de saúde”, que é analisada por autores americanos e britânicos que usam os termos “ideologia da saúde” e “ideologia da prevenção”. Para Aïach, a dimensão ideológica é essencial para se compreender a medicalização e a força de seu processo. (AÏACH, 1998, p. 30).

em face da bioética, no que diz respeito ao atendimento (ou não) dos princípios bioéticos. Sobretudo, as referidas concepções de Foucault contribuem para a percepção do que está em jogo para o transexual que se submete ao processo transexualizador, ou seja, do que ele ganha ou perde em razão do processo.

A história da sexualidade no mundo ocidental desde o cristianismo, para Foucault, deve ser feita com maior ênfase nos dispositivos poder, do que nas idéias morais e nas proibições éticas. O conjunto desses mecanismos de poder constitui o que o autor chama de “pastorado”, isto é, a existência na sociedade cristã de uma categoria de indivíduos que desempenhavam o papel de pastores, condutores de outros indivíduos, as ovelhas que compõem o seu rebanho. Os **pastores** são pessoas específicas e singulares, não definidas por seu *status*, profissão ou qualificação individual, intelectual ou moral. Não havia na Antiguidade greco-romana, antes do cristianismo, tal figura, alguém que guiasse as pessoas do nascimento até a morte. Os políticos eram agenciadores dos interesses dos indivíduos na sociedade, mas não seus condutores. De modo diverso, na Mesopotâmia, na Assíria e especialmente na sociedade hebraica, o chefe era o pastor de seus comandados. O rebanho é tema religioso, político, moral e social: “Deus é o pastor de seu povo” e o rei recebe de Deus a tarefa de se tornar pastor de um povo (FOUCAULT, 2004, 65)⁹⁸.

O poder pastoral no Mediterrâneo oriental se opõe ao poder político tradicional, em razão de suas características. É um poder que não se exerce sobre um território, mas sobre uma multiplicidade de indivíduos, que estão em deslocamento; não busca a vitória, nem a conquista. Sua função principal é fazer o bem em relação aos que cuida; “fazer o bem” é garantir a subsistência individual e do grupo, oferecer alimento, conduzi-los a fontes e bons pastos. Diversamente do poder tradicional, o poder pastoral é benfazejo e não um poder triunfante. É também um poder devotado, o pastor deve sacrificar-se por suas ovelhas. Sobretudo, é um poder “individualista”, pois o pastor deve cuidar de cada um em particular, para garantir a salvação de todos os indivíduos, já que é um poder múltiplo, mas não global (FOUCAULT, 2004, p. 66-67).

Conclui Foucault que a organização do poder pastoral na sociedade cristã, a partir do século IV d.C., deu origem a um mecanismo de poder particularmente importante para a história da sexualidade. Efetivamente, como esclarece o autor, o poder pastoral implicou a obrigatoriedade de obter a salvação. Para tanto, o indivíduo deve reconhecer e submeter-se à

⁹⁸ O autor menciona Platão, que entendia que aquele que governa é um tecelão que agencia os diferentes interesses dos indivíduos na sociedade como se fossem os fios que ele tece para fabricar um belo tecido, que é o Estado, a Cidade. (FOUCAULT, 2004, p. 65).

autoridade do pastor, que aprova ou não as ações por ele praticadas. Em conseqüência, às leis jurídicas é acrescentada uma nova forma de atribuição de culpa e de condenação mais refinadas, sustentadas pelo pastor, que exerce sobre as pessoas vigilância e controle contínuos, em nome da salvação de cada um. O pastor tudo deve e pode saber. A obediência ao pastor deve ser incondicional, absoluta; seu poder é arbitrário, já que não se obedece a leis, ou para atingir algum objetivo: “a obediência deve conduzir ao estado de obediência”. A obediência transforma-se em virtude, confundindo-se com a humildade cristã, que aceita todas as ordens que reconhece como fruto da vontade de Deus (FOUCAULT, 2004, p. 68-69).

Técnicas e procedimentos para “produzir” a verdade eram utilizados pelo pastor para efetivar seu poder. Para proteger seu “rebanho”, o pastor precisa saber tudo que fazem suas “ovelhas”, inclusive o que se passa no interior da alma, os mais profundos segredos, de cada uma delas. A confissão exaustiva e permanente torna-se a prática, específica do cristianismo, de produção da verdade subjetiva interior, desconhecida mesmo pelo próprio indivíduo, que a extrai mediante exame de consciência e a revela ao pastor. Cria-se desse modo um vínculo permanente entre o pastor e cada um dos membros do seu “rebanho” (FOUCAULT, 2004, p. 70).

O controle exercido pelo pastor não podia, porém, chegar ao rigor do ascetismo que chegara ao Império Romano com os monges budistas e cristãos que haviam se espalhado por todo Mediterrâneo oriental a partir do século III. Era preciso equilibrar o ascetismo integral que recusava o mundo, e a sociedade civil que era laica. Para Foucault o cristianismo encontrou na “concepção da carne – muito difícil e obscura” o meio de instaurar um poder de controlar os indivíduos através da sexualidade, algo de que se devia sempre desconfiar, alguma coisa que colocava sempre em risco a salvação obrigatória, por oferecer sempre possibilidades de tentação e queda (FOUCAULT, 2004, p. 68-69).

Para não se cair no ascetismo radical, não se podia recusar, de forma absoluta, o que vinha do corpo como nocivo, pois era preciso fazer funcionar a sociedade que tinha sua organização e necessidades de organização familiar e reprodução. Para manter esse equilíbrio, a sexualidade foi concebida de forma relativamente moderada, de modo que a “carne cristã” não era um mal absoluto, do qual o indivíduo devia livrar-se, mas uma perpétua fonte dentro dos indivíduos da tentação que poderia fazê-los cair, isto é, levá-los a ultrapassar as limitações impostas pela moral vigente, segundo a qual a sexualidade deveria ser exercida em obediência às regras, herdadas dos romanos, que determinavam o casamento monogâmico e o sexo exclusivamente para fins de reprodução. O prazer ficava, assim, restrito e desqualificado. Através da técnica do exame de consciência, cada indivíduo despertava para sua sexualidade, para as fraquezas do seu corpo, da sua carne, que é a “própria subjetividade do corpo”. Para

Foucault, essa foi a contribuição essencial do cristianismo à história da sexualidade, o primeiro efeito do poder pastoral na sociedade romana: “a carne cristã é a sexualidade presa no interior dessa subjetividade”, é a sujeição do indivíduo a seu autocontrole, é o primeiro efeito da introdução do poder pastoral na sociedade romana (FOUCAULT, 2004, p. 71-72).

A interdição e a auto-interdição aparecem, assim, não como causa, mas como um instrumento de controle exercido pelo pastor sobre a sociedade. A admissão de uma sexualidade moderada pelo cristianismo revelou-se o ponto de equilíbrio entre o ascetismo absoluto e as necessidades e desejos de uma sociedade laica. A atuação de um **poder de controle**, que era ao mesmo tempo um mecanismo de saber sobre os indivíduos, e desses sobre si próprios, constituiu a marca específica do cristianismo. A partir desses mecanismos de poder, e não da interdição, Foucault (2004, p. 72) escreveu sua História da Sexualidade. Poderia ser escrita, também a partir de mecanismos de poder, uma história da medicalização.

A presença das concepções de Foucault nos relatos da medicalização se evidencia, não só através do modo pelo qual ela se instala e se efetiva em cada um e em todos os indivíduos, indistintamente, como também em razão dos termos adotados para explicar esse processo, e principalmente diante dos efeitos sociais que produz.

Existe na medicalização um conjunto de poderes, como o que constitui o “pastorado”, e a presença do pastor, do “condutor de outros indivíduos”, os *meneurs d’hommes*, a que se refere Pierre Aïach (1998, p. 31). Sua figura é, mais do que nunca, multifacetada. Aïach observa que, além dos profissionais de saúde, e talvez de modo mais eficaz, pessoas de vários outros setores, como a imprensa especializada, a maioria dos jornais e revistas femininos, o rádio, a televisão, encorajam fortemente o interesse pelas questões de saúde. Não raro, há em todos esses veículos de divulgação a presença de um médico, para avaliar as informações prestadas. Pode-se acrescentar a *internet* à lista de Aïach, que sem dúvida se tornou o grande consultor e orientador em matéria de saúde. Serve de exemplo o número de sites (não eróticos ou pornográficos) sobre transexualidade, que apresentam orientação quanto ao tratamento, cirurgias, próteses, hormônios, e contêm relatos de casos, fotos e, naturalmente, indicação de produtos e médicos recomendados⁹⁹. Não se deve esquecer, ainda, o grande número de “aulas de educação sexual” que é possível encontrar nos veículos mencionados. As pessoas que

⁹⁹ <http://www.gendercare.com/>; <http://www.transgendercare.com/electrolysis/index.htm>; <http://gendercare1.blogspot.com/2009/03/fractalidade-cig-5.html>; <http://saude.hsw.uol.com.br/troca-de-sexo.htm>; <http://www.casadamaite.com/node/161>; <http://www.simonboasfaldas.com.br/mudanca-voz-transexuais.html>; <http://ai.eecs.umich.edu/~mirror/FFS/LynnsFFS-PT.html>.

trabalham em todos os setores citados tornam-se, de fato, quando não o são de direito, “autoridades em saúde”, capazes de conduzir um número incalculável de indivíduos.

O poder desses “pastores da hipermodernidade¹⁰⁰”, também não se exerce sobre um território, mas sobre uma multiplicidade de indivíduos; sua função principal (seu dever) é fazer o bem em relação aos que cuida; seu poder não é triunfante, mas é socialmente reconhecido e louvado; é poder devotado: o trabalho na área da saúde é uma verdadeira missão; é um poder individualizado, pois deve cuidar de cada um em particular, para garantir a saúde (salvação) de todos os indivíduos. O médico simboliza, melhor do que qualquer outra pessoa, o “pastor da hipermodernidade”: conduz todas as pessoas ao nascimento (com frequência, mesmo antes desse); presta-lhes assistência em tudo e durante toda sua vida; declara a morte das pessoas – é o único autorizado a fazê-lo.

A saúde é o único caminho para se obter a salvação do corpo. Mas, para tanto, o indivíduo deve obedecer, reconhecer e submeter-se às “autoridades em saúde”, que aprovam ou não as ações por ele praticadas. Como destacado, cada indivíduo é responsável por sua saúde, e a sanção é extremamente refinada: sem saúde não há felicidade, não há bem-estar, há a morte – quando não física, a morte social, talvez pior.

Para que nada de mau aconteça ao indivíduo e à sociedade, as “autoridades em saúde” exercem sobre as pessoas vigilância e controle contínuos, em nome da salvação de cada um: a “autoridade” tudo deve e pode saber. A obediência às “autoridades em saúde” deve ser incondicional, absoluta; é necessário fazer o bem, materialmente cuidar, para garantir a sobrevivência do indivíduo e do grupo.

A vigilância e o controle se exercem através de informações, muitas, renovadas periodicamente. Há fichas, prontuários, e exames, muitos exames, que permitem descobrir, principalmente, a doença que o próprio indivíduo ignorava. A inspeção regular coloca o doente em situação de exame quase perpétuo (FOUCAULT, 2008, p. 155). O poder disciplinar se faz presente em toda sua plenitude, com todo seu aparato, não só docilizando os corpos, submetidos a procedimentos variados de diagnóstico, terapia e tratamento, mas catalogando, anotando, esmiuçando detalhes, que permitirão a localização imediata do

¹⁰⁰ Termo criado por Gilles Lipovetsky para designar o que se passava nas sociedades marcadas pela acentuação de tudo, em todos os aspectos, como uma modernidade elevada à potência superlativa, sem freios institucionais-ideológicos para os valores individualistas e de consumo. Para Lipovetsky, a noção de pós-modernidade que entrou no cenário intelectual a partir dos anos 70, designando a era em que se abalaram os alicerces da racionalidade e das ideologias, e da dinâmica de individualização e pluralização de nossas sociedades, foi substituída pela idéia de progresso e de expectativas do futuro (típicas do modernismo), mas com uma visão mais curta, individualista e efêmera.(CAVALLINI, 2009, p.6-7).

indivíduo¹⁰¹, atualmente de modo rápido e eficaz, através da aliança entre a informática e os meios de comunicação.

A proteção deve ser completa, não basta cuidar do corpo, é preciso cuidar do interior, do que de mais íntimo há no indivíduo, da sua *psique* (o pastor precisa saber de tudo sobre suas ovelhas para cuidar do seu rebanho). Há permanentemente o perigo da doença mental, dos desvios que podem tornar o indivíduo socialmente doente. As pessoas se auto-revelam, nos consultórios médicos, psiquiátricos, nos programas de rádio, de televisão, na *internet*, num processo que lembra o exame de consciência que é feito em público (a produção da verdade subjetiva interior, desconhecida mesmo pelo próprio indivíduo, que a extrai mediante exame de consciência e a revela ao pastor). A auto-vigilância do corpo e da mente é o melhor instrumento de controle exercido pelas “autoridades de saúde”.

O dispositivo¹⁰² da saúde se manifesta em toda sua pujança, na medida em que a “grande maquinação” montada faz com que a saúde seja a “preocupação precípua dos indivíduos e da coletividade” e invada todos os espaços. À semelhança do que ocorre com a sexualidade, e com ela se imbricando, os mecanismos de controle citados organizam, a partir da saúde, todo um dispositivo complexo de poder, que trata da maneira pela qual os indivíduos podem e devem viver. Melhor do que qualquer outro, o dispositivo da saúde está inscrito num jogo de poder, e ligado a configurações de saber que o sustentam, mas que são simultaneamente por ele sustentadas.

Sob outro ângulo, a medicalização pode ser vista com um instrumento da **biopolítica**. O termo biopolítica foi cunhado por Michel Foucault para designar umas técnicas pelas quais se tentou “racionalizar os problemas propostos à prática governamental, pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos constituídos em população, tais como saúde, higiene, natalidade, sexualidade, na medida em que elas se tornam preocupações políticas” (FOUCAULT, 1997, p. 89). A população, no caso, caracteriza-se pela coexistência e a presença de traços biológicos e patológicos particulares e cuja própria vida é suscetível de ser controlada a fim de assegurar uma melhor gestão da força de trabalho; é o objeto de uma tecnologia do poder (REVEL, 2005, p. 27). Os mencionados problemas surgiram, entre o fim do século XVIII e o começo do XIX, com a transformação do “poder soberano” em um poder destinado a produzir forças, em fazê-las crescer, em lugar de destruí-las. O poder “de vida e

¹⁰¹ O princípio da localização imediata ou do quadriculamento é uma das técnicas da disciplina, para distribuir os indivíduos no espaço de modo ordenado, para melhor controlá-los. (FOUCAULT, 2008, p. 121-123).

¹⁰² Sobre “dispositivo” ver 1.1. Para Foucault “dispositivo” é a rede que se estabelece entre diversos elementos, que formam um conjunto heterogêneo que engloba: discursos, instituições, organizações arquitetônicas,

morte” - que é, de fato, o direito de **causar** a morte ou de **deixar** viver” (FOUCAULT, 2006, p. 148), que caracterizava o poder do soberano sobre seus súditos, dá lugar a um poder que gerencia e ordena a vida. A morte passa a ser um direito do corpo social (e não mais do soberano). Quem decide sobre a morte pode garantir a vida, mantê-la e desenvolvê-la. A morte complementa, assim, um poder que se exerce positivamente sobre a vida, para multiplicar suas possibilidades de expressão, valendo-se de controles precisos e regulações de conjunto. As guerras não se travam mais em nome e para defesa de um soberano, mas em nome e para a defesa de todos. O que estava em jogo, nesta transformação do poder, era a sobrevivência de todos os indivíduos. Tratava-se não mais da soberania, uma existência jurídica, mas de uma existência biológica de uma população (FOUCAULT, 2006, p. 147-149).

O poder sobre a vida manifestou-se, a partir do século XVII, de duas maneiras. A primeira, centrada no corpo, no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na sua docilização, para que pudesse produzir mais, ser mais útil, e pudesse se integrar nos sistemas de controle eficazes e econômicos. Esta a “anátomo-política do corpo humano”, do corpo-máquina. A segunda, voltada para o “corpo-espécie”, o corpo suporte dos processos biológicos (reprodução, nascimento, morte, longevidade, nível de saúde), que se tornam objeto de uma série de intervenções e controles reguladores do poder: “*uma bio-política da população*”. O poder sobre a vida se organizou e desenvolveu em torno desses dois pólos: as disciplinas do corpo e as regulações da população. Inicia-se, desse modo, a era do “bio-poder”. A articulação das duas técnicas, que se interligam, se verifica mediante agenciamentos concretos, os instrumentos dos dispositivos, dentre os quais se destaca o da sexualidade (FOUCAULT, 2006, p. 152-153).

O biológico passou, desde então, a refletir-se no político. O fato de viver cai no campo de controle do saber e de intervenção do poder, que se exerce sobre seres vivos, no nível da própria vida. A bio-política insere a vida e seus mecanismos no domínio dos cálculos explícitos, e o poder-saber torna-se o agente de transformação da vida humana (FOUCAULT, 2006, p. 155). O desenvolvimento do bio-poder implicou o crescimento da importância da norma, a própria lei funciona cada vez mais como norma, e o judiciário se integra nas instituições reguladoras: “uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (FOUCAULT, 2006, p. 158). A reação a esses novos procedimentos do poder se expressa nas lutas políticas (formuladas através da afirmação de

decisões regulamentadoras, leis, enunciados científicos, filosóficos, em suma, “o dito e o não dito”. (FOUCAULT, 2003b, p. 245).

direitos) em defesa da vida, entendida como as necessidades fundamentais, a realização de suas virtualidades¹⁰³.

Giorgio Agamben (2002, p. 126) faz uma aguda observação sobre os estudos de Foucault: a ausência de análise do que seria “o local por excelência da biopolítica moderna: a política dos grandes Estados totalitários dos Novecentos”, e que deveria se concluir com a análise do campo de concentração. Há um nexos entre o domínio totalitário e a “particular condição de vida que é o campo”¹⁰⁴; a transformação da política em espaço da vida nua - a vida que foi separada de seu contexto e se torna, por tal motivo, incompatível com o mundo humano - legitimou e tornou necessário o domínio total. A biopolítica permitiu a constituição, em proporção desconhecida, da política totalitária (AGAMBEN, 2002, p. 126).

Para Agamben, a afirmação da biopolítica implica o deslocamento e um progressivo alargamento do poder de decisão sobre a vida nua. No Estado moderno, a linha de decisão sobre a vida, em muitos casos, torna-se decisão sobre a morte, o que pode converter a biopolítica em tanatopolítica. Essa linha divisória, atualmente, não é mais fixa, apta a dividir com clareza duas zonas distintas (a da vida e a da morte); ao contrário, ela é hoje instável, é uma linha em movimento, “que se desloca para zonas sempre mais amplas da vida social, nas quais o soberano [hoje o Estado] entra em simbiose cada vez mais íntima não só com o jurista, mas também com o médico, com o cientista, com o perito, com o sacerdote” (AGAMBEN, 2002, p. 128).

A linha divisória que se tornou instável, que se movimenta, que se desloca sempre para zonas mais amplas da vida social, é a linha que separa a medicalização da “supermedicalização”, referida por Peter Conrad (2007, p. 5)¹⁰⁵. É a linha em que ocorre a simbiose do Estado com a medicina para o bem ou para o mal, para propiciar ao indivíduo uma vida com qualidade, ou para transformá-la em uma vida nua.

Atualmente, a medicina aprofundou o “supersaber”¹⁰⁶ sobre o sexo e passou a interferir fisicamente na sexualidade. As interferências ocorrem em diferentes manifestações da sexualidade: há franco desenvolvimento das técnicas de reprodução assistida; múltiplos são

¹⁰³ Foucault entende que não se pode dissociar os problemas da biopolítica do quadro de racionalidade do liberalismo. Em outras palavras, como a “população” pode ser levada em conta num sistema preocupado com o respeito à liberdade individual. Sobre o tema ver FOUCAULT (1997, p. 89-97).

¹⁰⁴ O autor se refere à Hannah Arendt, que identificou com clareza o nexos entre domínio totalitário e os campos de concentração (“laboratórios para a experimentação do domínio total”), mas não o analisou sob a perspectiva biopolítica. (AGAMBEN, 2002, p. 125-126).

¹⁰⁵ Peter Conrad observa que “medicalizar” literalmente significa “tornar médico”; o que é objeto de análise, na verdade, é a “supermedicalização” e suas conseqüências, isto é, a medicalização exagerada que ocorre em casos nos quais é questionável a intervenção da medicina. (CONRAD, 2007, p. 5).

¹⁰⁶ Ver subitem 1.1.2. O “supersaber”, mencionado por Foucault, é um saber excessivo, ampliado, ao mesmo tempo intenso e extenso da sexualidade, não no plano individual, mas nos planos cultural e social, em formas teóricas ou simplificadas, que ocorreu em fins do século XIX.

os tratamentos para o que se entende como bom desempenho sexual, e que compreendem desde a disfunção erétil, até próteses de toda ordem (pênis, mamas e várias partes do corpo que podem ter “apelo” sexual). As definições técnicas acabam por reforçar, ainda que indiretamente, as prescrições normativas do que é feminino e masculino. A medicina tanto pode determinar o sexo do indivíduo, como acontece com os intersexuais, como pode “mudar” o sexo já definido, no caso dos transexuais.

A saúde sexual não diz respeito apenas às “doenças” do corpo, mas também, e talvez principalmente, às “doenças” do comportamento. Nesse último campo se situava o homossexual, que foi desmedicalizado. O caso do transexual, como visto, é mais complexo, pois seu comportamento implica modificação do corpo que o transforma numa afronta permanente ao sistema sexo-gênero. Se não é possível “curá-los” mediante tratamento apenas psíquico, trata-se o corpo e se resolve a aberração social.

No estudo da transexualidade, e principalmente do procedimento de redesignação sexual, não se deve perder de vista o importante papel da medicalização para a biopolítica: o de instrumento eficaz de manipulação e docilização dos corpos, para fins de controle dos indivíduos e de regulação da população. Como antes referido, a biopolítica articula-se com o biopoder através dos dispositivos, dentre os quais se destaca o da sexualidade. É desse modo, pelo dispositivo da sexualidade, que o poder se exerce no nível prático em duas dimensões que interagem entre si e determinam a vida dos indivíduos, a saber: a) na formação regulada do corpo social e b) na criação do sexo, ponto imaginário pelo qual todos devem passar para ter acesso a sua própria inteligibilidade, à totalidade de seu próprio corpo, à sua identidade (FOUCAULT, 2006, p. 169-170).

4.2. Aplicação dos princípios bioéticos aos procedimentos médicos de redesignação sexual

4.2.1. Princípios bioéticos

O diagnóstico, as terapêuticas prévias, as cirurgias e o prolongado acompanhamento pós-operatório constituem o conjunto de procedimentos médicos, assim entendido o conjunto das práticas terapêuticas reconhecidas pela comunidade científica e oficializadas pelo CFM (CFM Resolução 1.499/98), que integram o processo transexualizador, denominação adotada pelo Ministério da Saúde na Portaria 1.707/2008, ao regulamentar a cirurgia de

transgenitalização no âmbito do SUS. Tais procedimentos são, em sua essência, atos médicos (como definido na Resolução CFM 1.627/2001), alguns inclusive de natureza experimental (caso do *FtM*), os quais produzem efeitos direta e imediatamente na saúde física e psíquica dos transexuais, bem como na complexidade das situações sociais por eles vivenciadas, tais como as relações familiares e de trabalho, objeto do subitem 3.2 acima. Quando não são reconhecidos esses efeitos que se entrecruzam, o resultado desses atos médicos maximiza o sofrimento desses pacientes, não mais vulneráveis, mas vulnerados, visto que não podem mais exercer suas potencialidades para ter uma vida digna e de qualidade.

Em outras palavras, o não reconhecimento dos referidos efeitos do processo transexualizador faz com que o transexual, por não ter as condições sociais mínimas para satisfazer suas necessidades básicas, passe da situação de vulnerabilidade, considerada condição universal da espécie humana, para a de vulneração profunda, variável e seletiva, denominada por Miguel Kottow (2003, p. 17) suscetibilidade, à qual ficam sujeitos os seres humanos que vivem em circunstâncias particulares de privação de suas necessidades básicas. Enquanto a vulnerabilidade constitui uma condição ontológica e existencial de qualquer ser humano vivo, a suscetibilidade depende das circunstâncias nas quais determinados indivíduos e grupos sociais se encontram, não pelo fato de serem humanos vivos e, portanto, vulneráveis, mas sim, efetivamente, vulnerados, na medida em que não podem exercer, num nível “mínimo”, as capacidades humanas que caracterizam uma vida digna (SCHRAMM, 2006b, p. 1947).

É necessário, por conseguinte, fazer-se uma reflexão sobre os aspectos bioéticos do tratamento do transexualismo, notadamente quanto aos efeitos dele resultantes. Embora a designação seja recente¹⁰⁷, a bioética tem raízes remotas, pois desde a Antiguidade os homens se questionam quanto ao comportamento a ser mantido e às decisões a serem tomadas em face de determinadas situações de saúde, do sofrimento e da morte. O termo “bioética” decorre da palavra grega “ética”, que em seu sentido arcaico significa “guarda” para animais, e por extensão “refúgio e proteção” para seres humanos (SCHRAMM; KOTTOW, 2001, p. 953). Tais questionamentos, porém, apresentaram não só novas faces em decorrência da evolução da sociedade, como também problemas imprevisíveis, resultantes do desenvolvimento

¹⁰⁷ O discurso bioético emergiu em 1971, mas o neologismo bioética foi provavelmente criado pelo oncologista norte-americano Van Rensselear Potter, em artigo de 1970 (*Bioethics, the science of survival*), e retomado em obra de 1971 (*Bioethics: bridge to the future*) na qual denunciava os riscos decorrentes da separação entre os valores morais e os fatos biológicos e propunha uma nova ciência – de fato um novo âmbito interdisciplinar – capaz de utilizar os conhecimentos biológicos, ecológicos, genéticos e fisiológicos, por um lado, e os valores morais, por outro, como guia para ações em favor da sobrevivência humana. (KOTTOW, 2005, p. 29-44). O termo já existia em alemão desde 1927, embora com sentido menos bem definido: ver Pessini, L. & Saad Hossne, Fritz Jahr (2008).

científico e tecnológico, especialmente a partir da segunda metade do século vinte (DURAND, 2003, p. 21).

A bioética tomou um rumo diferente do idealizado pelo criador do termo¹⁰⁸, graças aos trabalhos do *Kennedy Institute da Georgetown University*, onde foi introduzida com sentido de movimento social (MORI, 2006, p. 27) e no campo dos estudos universitários.

Como esclarecem SCHRAMM *et al* (2008, p. 365) esses trabalhos foram reconhecidos como a primeira abordagem sistemática da bioética. Além disso, os pesquisadores do *Kennedy Institute*, denominação pela qual a instituição ficou conhecida, conceberam a bioética como a parte da ética aplicada, preocupada com as questões morais que surgem nos âmbitos da investigação biomédica e dos cuidados em saúde. Em atenção a esse sentido, a bioética foi definida como “o estudo da conduta humana no âmbito das ciências da vida e dos cuidados em saúde, examinada à luz de valores e princípios morais”, como consta da *Encyclopedia of Bioethics*, dirigida pelo teólogo católico Warren Thomas Reich, integrante do citado instituto (MORI, 2006, p. 22).

A bioética apresenta diversas concepções desde que surgiu no campo das éticas aplicadas. Para Schramm, uma definição de bioética para ser considerada legítima, deve explicitar seus pressupostos, pertencentes a alguma tradição ética, ter finalidades inteligíveis e razoáveis, e rigor e consistência nos seus métodos. Os conceitos devem, ainda, ser considerados quanto a sua extensão, uma vez que essa pode ser muito ampla, como a que se refere à “ética da vida”, ou mais restritiva, que se limita à “ética médica” ou à “ética biomédica”, numa visão mais atual. Para o autor, contudo, nenhuma dessas concepções dá conta dos problemas éticos envolvidos nas ações de saúde pública, que se ocupa e preocupa com a saúde de populações humanas consideradas em seus contextos naturais e socioculturais (SCHRAMM, 2004a, p. 71)

Schramm e Kottow (2001, p. 260) observam que, em face da diversidade de práticas e discurso chamados “bioéticos”, não existe um conceito simples e absolutamente unívoco para bioética, que pode ser entendida como a “reflexão ética em torno de atos humanos que alteram de forma definitiva os processos vitais”. Para Schramm este conceito é suficientemente abrangente para poder dar conta do vastíssimo espectro de atuação humana sobre o mundo vivo e que pode afetar positiva ou negativamente não só os seres humanos,

¹⁰⁸ Em trabalho publicado em 1987, o criador do termo bioética (Van Rensselaar Potter) inseriu em seu discurso idéias mais atuais, mas reafirmou seu objetivo inicial de criação de uma ciência, aliada a uma ética global, para a sobrevivência do ser humano e do planeta. (DURAND, 2003, p. 21). Ver também sobre o tema: SCHRAMM, Fermin Roland. Nihilismo tecnocientífico, holismo moral e a ‘bioética global’ de V.R. Potter, *História Ciências Saúde, Manguinhos*, IV(I): 95-115, 1997.

mas qualquer outro ser vivo, como também os delicados equilíbrios autopoieticos que caracterizam o meio ambiente (*Lebenswelt*). É uma concepção bastante precisa sem ser reducionista, pois embora bem ampla, não é genérica em demasia, como a conhecida fórmula “ética da vida”, que pode se aplicar a qualquer atividade humana, e torna a bioética uma ferramenta pouco útil. Além disso, permite destacar a potencial irreversibilidade das ações humanas sobre os sistemas vivos, os quais merecem, *prima facie*, proteção (SCHRAMM, 2004b, p. 1320-1321).

O primeiro período da bioética foi marcado pelo impulso gerado pelo *Kennedy Institute* e pelos documentos da Comissão Nacional Americana, em particular pelo *Belmont Report*, de 1978, que deram forma a uma concepção da bioética concentrada em princípios norteadores da conduta humana, cuja aplicação supostamente levaria à solução dos problemas éticos na saúde. Estes princípios não têm caráter absoluto e admitem exceções que devem ser contextualizadas. São, portanto, princípios morais válidos *prima facie*, que podem ser infringidos diante de razões mais fortes ou de força igual àquelas que os sustentam (SCHRAMM, 2005c, p. 17).

Essa abordagem se tornou clássica e ficou conhecida como **princípioalismo** ou corrente canônica. Como observa Léo Pessini (2002, p. 10), a história da bioética passa obrigatoriamente pela obra de Tom L. Beauchamp e James F. Childress, considerados os “pais” da reflexão principialista, intitulada *Princípios de Ética Biomédica*. Esta obra tornou-se um marco na fundamentação teórica da ética médica. Destacam-se duas contribuições de Beauchamp e Childress nesse campo, a partir do denominado Relatório Belmont (*Belmont Report*), elaborado a pedido do governo norte-americano para identificar “os princípios éticos básicos que deveriam nortear a experimentação em seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina”, e que se tornou a declaração principialista clássica referente à pesquisa com seres humanos (PESSINI, 2002, p. 10). A primeira contribuição foi estender a aplicação dos princípios éticos ligados à pesquisa com seres humanos, para a prática clínica e assistencial. A segunda foi distinguir a beneficência da não-maleficência, transformando em quatro os três princípios do Relatório.

Os princípios éticos básicos concebidos por Beauchamp e Childress foram francamente adotados pelos clínicos, graças a sua simplicidade e diretividade, o que favoreceu a expansão da bioética principialista. Atualmente o principialismo tem sido alvo de críticas, embora se reconheça que não possa ser visto como procedimento dogmático infalível na solução dos conflitos éticos. Além disso, os mencionados autores deixaram claro na obra acima referida que o horizonte ético não se cinge ao mero “princípioalismo absolutista”, na

medida em que incorporaram a sua obra várias das críticas recebidas e se tornam casuístas quando examinam os casos (PESSINI, 2002, p. 13).

Para Beauchamp e Childress, é preciso especificar o conteúdo dos princípios, para que eles possam ir além do abstracionismo etéreo, e indicar os casos a que se aplicam. Para esses autores, os princípios abstratos “devem ser desenvolvidos conceitualmente e moldados normativamente para se vincular a diretrizes de ação concretas e julgamentos práticos.” (BEAUCHAMP: CHILDRESS, 2002, p. 45). Por constituírem generalizações normativas, os princípios não funcionam como diretrizes de ação precisas, não informam como agir em cada circunstância, mas deixam um espaço considerável para um julgamento em casos específicos e proporcionam uma orientação substantiva para o desenvolvimento de regras e políticas mais detalhadas.

Os mencionados autores defendem a denominada “abordagem dos quatro princípios” da ética biomédica, também chamada “principlismo”. Esses princípios morais derivam da ponderação de juízos feita no interior da moralidade comum, assim entendida a que é partilhada pelos membros de uma sociedade, ou seja, pelo senso comum não filosófico, e da tradição médica (BEAUCHAMP: CHILDRESS, 2002, p. 55). Os quatro princípios citados por Beauchamp e Childress são:

- (1) o respeito pela autonomia (uma norma sobre o respeito pela capacidade de tomar decisões de pessoas autônomas), (2) a não-maleficência (uma norma que previne que se provoquem danos), (3) a beneficência (um grupo de normas para proporcionar benefícios e para ponderar benefícios contra riscos e custos), e (4) a justiça (um grupo de normas para distribuir os benefícios, os riscos e os custos de forma justa) (BEAUCHAMP: CHILDRESS, 2002, p. 56).

Em breve e consistente concepção, pode-se dizer que: a autonomia requer que todos participantes do ato biomédico consintam informada e voluntariamente com os atos a serem praticados; a beneficência pressupõe que todo ato médico tem por finalidade fazer o bem e cuidar dos interesses do paciente; a não-maleficência determina que toda intervenção deve evitar ou reduzir ao mínimo os riscos e danos para o afetado; a justiça requer que todos os recursos, direitos e obrigações, sejam assegurados e distribuídos, equitativamente, a cada um (SCHRAMM; KOTTOW, 2001, p. 950).

Contudo, como observa Schramm, a bioética pode se referir a um único princípio, o da sacralidade da vida, considerado absoluto por algumas éticas religiosas, como a católica. De modo diverso, uma bioética não-religiosa, secular ou laica, utiliza os quatro mencionados princípios para analisar e entender conflitos que surgem em sociedades democráticas e

pluralistas contemporâneas, marcadas pela diversidade de valores e interesses (SCHRAMM, 2005c, p. 17).

O termo **princípio** significa, sob essa ótica, um “guia genérico para o agir”, sem caráter absoluto. O principialismo, desse modo, “distingue-se tanto da ética de Kant quando da ética de Mill onde os princípios éticos fundamentais (o Imperativo Categórico e o Princípio da Utilidade) possuem validade absoluta”. Cada um dos princípios tem, portanto, validade enquanto considerações maiores não estiverem em jogo (DALL’AGNOL, 2004, p. 29).

O principialismo tem sido objeto de questionamentos, especialmente quando se consideram suas insuficiências quando aplicado à saúde pública e à pesquisa nos países dependentes. Não obstante, continua defensável em razão de sua postura filosófica geral e método (SCHRAMM *et al*, 2008, p. 361). Constitui, ainda, a forma de abordagem mais importante da bioética, que pode ser definida como a disciplina específica da Filosofia Moral que visa o estudo sistemático dos aspectos éticos implicados pela conduta humana em face da aplicação dos saberes das ciências da vida e da saúde ao mundo da vida e à vida humana. O principialismo tem sido adotado no Brasil, como pode se constatar, dentre outros documentos, da Resolução CNS/196/96.

4.2.2. Princípios bioéticos e o processo transexualizador

O conjunto dos princípios bioéticos (que não se limitam aos que integram a bioética principialista), considerados não absolutos – ou *prima facie* - e que, portanto, admitem exceções e devem ser contextualizados, é a ferramenta mais adequada para o enfrentamento de situações inéditas, não contempladas pela casuística existente, como as que emergem na vida das pessoas, fruto das ações nos âmbitos da biomedicina e da biotecnociência, das quais o processo transexualizador é um bom exemplo.

Este é o caso das situações resultantes da atenção à saúde dos transexuais. Quando considerada a atenção integral, surgem problemas no âmbito da saúde pública, de que é exemplo a questão relativa ao atendimento no SUS, já agora encaminhada nos termos da Portaria MS 1.707/08, mas que atinge ações e serviços, de todos os níveis (médico, de enfermagem, administrativo). Além disso, devem ser considerados, principalmente, os efeitos que o tratamento produz no complexo das relações intersubjetivas que se travam na vida civil do transexual. As articulações entre o âmbito médico e o civil são constantes, como demonstrado no subitem 3.2.

Nessas situações, os princípios bioéticos válidos *prima facie* podem ser utilizados como critérios de justificação das crenças morais singulares. Neste caso, um princípio pode ser considerado uma afirmação sobre aquilo que tem valor. Assim, o princípio da autonomia sustenta que esta tem valor, ou seja, que as escolhas são eticamente relevantes na medida em que decorram da deliberação e decisão autônomas dos indivíduos.

Para fins da reflexão acima proposta são aqui considerados os princípios que constituem a matriz da bioética principialista, não só em razão da sua prevalência nas normas brasileiras, mas principalmente porque foram os que orientaram a autorização para as cirurgias de transgenitalização pelo CFM, conforme se constata do parecer PC/CFM/Nº 39/97, já examinado nesta tese sob outros aspectos. Sobretudo, a bioética principialista é a que melhor se adéqua às especificidades das situações relativas aos transexuais. Desse modo, serão aplicados a alguns dos problemas que envolvem transexuais, os princípios dessa “matriz bioética”, a saber: autonomia, que atribui valor à escolha livre e intencional de agentes cognitiva e moralmente competentes; não-maleficência, que requer que se evitem danos injustificados a terceiros; beneficência, que valoriza os atos que proporcionam algum bem a terceiros; e justiça, que requer que sejam ponderados equitativamente benefícios, riscos e custos entre os envolvidos.

Os princípios da não-maleficência e da beneficência correspondem, de certo modo, a princípios da ética hipocrática (*primum non nocere* e *bonum facere*), mas devem ser re-interpretados à luz do contexto atual de saúde, entendida como qualidade de vida e bem-estar.

O princípio da autonomia do paciente surgiu como princípio moral no âmbito dos direitos humanos fundamentais, objeto da Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948. A bioética concebe a autonomia como o direito do paciente ou do sujeito de pesquisa de decidir sobre as questões essenciais relativas a sua vida e as suas preferências pessoais. Assim, a autonomia do paciente deve ser *prima facie* respeitada pelo médico ou outro qualquer cuidador, vale dizer: as deliberações e decisões do paciente devem ser acatadas, desde que tenha competência para tanto.

O princípio da justiça foi introduzido na bioética em razão das questões da alocação de recursos e da necessidade de decidir o que e a quem priorizar no acesso a bens finitos e escassos. Embora seja o princípio que mais se distancia da ética médica tradicional, o princípio da justiça assume importante papel em face do princípio da integralidade que deve, por força da Lei 8.080/90, ser obedecido no desenvolvimento das ações e serviços no âmbito do SUS, em particular no caso do transexualismo.

Entretanto, como observa SPINK (2007, p. 20), a igualdade já postula a diferença. Cada cidadão é igual perante o SUS e será atendido segundo suas necessidades, que, nesta formulação, são singulares e específicas. Não se trata apenas de necessidades individuais, mas do reconhecimento da existência de grupos que vivem de forma diferente, com problemas específicos, decorrentes das diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida. Em outras palavras, o princípio da igualdade somente se verifica se tratados desigualmente os desiguais.

De acordo com a já citada Portaria MS 1707/2008, no que se refere à integralidade da atenção, as ações para o processo transexualizador no âmbito do SUS não devem restringir, nem centralizar a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização, nem nas demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes.

A retirada do foco sobre a cirurgia é importante, visto que o CFM reconhece o sexo psíquico - no qual o indivíduo só se identifica com o sexo oposto – mas entende necessária a “correção” da genitália. No já referido parecer PC/CFM/Nº 39/97, foram apresentados os seguintes fundamentos éticos:

O motivo essencial da cirurgia é a intenção da beneficência, princípio basilar da ética, a busca da integração entre o corpo e a identidade sexual psíquica do interessado, enquanto outros princípios envolvidos no exame ético da questão são a autonomia e a justiça: a autonomia porque contempla o direito da autodeterminação, inclusive em dispor do próprio corpo, configurando o preceito da não-sacralidade da vida e, portanto, o direito de dispor de todo ou parte do próprio corpo; a justiça porque envolve a cidadania, o direito de a pessoa não ser discriminada no pleito à cirurgia, já acessível à população de classe média e média alta.

À época do parecer (1997), as cirurgias de transgenitalismo (neocolpovulvoplastia e neofaloplastia), embora praticadas em diversos países, no Brasil ainda estavam restritas ao âmbito acadêmico/experimental. Atualmente, de acordo com a Resolução CFM nº 1.652/2002, apenas a neofaloplastia é de natureza experimental. Sob o aspecto ético, a cirurgia experimental está submetida às normas da Resolução 196, do CNS, que adota os quatro princípios da bioética já mencionados, mas estabelece maior número de requisitos a serem observados para atendimento desses princípios, em razão dos riscos envolvidos no procedimento.

No que concerne à neocolpovulvoplastia, a orientação do MS - no sentido de não centralizar a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização - atende melhor o princípio da autonomia. Deve-se lembrar que há transexuais que não expressam, ou não têm, o desejo de eliminar os genitais, ou, ainda, não apresentam as condições de saúde

necessárias para tanto. Há, contudo, duas fortes razões para que o transexual “revele” este desejo, ainda que não o tenha. A primeira é que o “desejo expresso de eliminar os genitais” é um dos critérios mínimos, se não o principal, que define o transexualismo, de acordo com o CFM (Resolução 1652/2002). A manifestação desse desejo assume importância capital para o diagnóstico, que qualifica a pessoa como transexual e lhe abre as portas para o tratamento, o qual pressupõe - insista-se - a cirurgia.

Todas as observações, anteriores e as que se seguem, são igualmente aplicáveis aos transexuais *FtM* e à cirurgia de neofaloplastia. Cabe lembrar, porém, que nesse caso, por se tratar de procedimento experimental, há um número maior de exigências éticas a serem atendidas¹⁰⁹, e, em particular, no que concerne ao consentimento livre e esclarecido de agentes cognitiva e moralmente competentes.

A segunda razão diz respeito à alteração do nome e do sexo do transexual, que só pode ser obtida pela via judicial. A declaração dessa “vontade” de fazer a cirurgia – que afinal pode ser adiada por vários motivos e por tempo indefinido – pode influir de modo decisivo na apreciação do caso pelo juiz. Não raro, porém - como já mencionado - a situação social irá compelir o transexual a realizar a cirurgia, sob pena de não ser reconhecido judicialmente como transexual, classificação que pode “legitimar” a alteração de sua qualificação civil, e lhe abrir a possibilidade de inclusão social.

O princípio da autonomia restará observado, quando a alteração da genitália for realmente desejada pelo indivíduo, o que demanda, na prática, maior aprofundamento das avaliações, em virtude da possibilidade de mascaramento do desejo quanto à extirpação ou não dos órgãos genitais. A avaliação mais minuciosa será também mais demorada, o que atinge o campo da beneficência, na medida em que aumenta a angústia do transexual, ávido pelo desfecho do processo transexualizador. Ponderado, contudo, esse previsível atraso na conclusão da avaliação com o dano irreversível que a ausência de uma investigação mais profunda pode causar, a demora torna-se pouco significativa. Evidentemente, não há meios objetivos de se obter a certeza quanto ao querer do paciente transexual, no que se refere à realização (ou não) da cirurgia de transgenitalização, mas devem ser esgotados todos os recursos existentes para se chegar o mais perto possível dessa “verdade”.

Se de um lado o princípio da autonomia tem atualmente maior possibilidade de ser atendido, uma vez que a cirurgia deixou de ser a meta principal do processo transexualizador, por outro, a não realização da transgenitalização torna problemático o reconhecimento da

¹⁰⁹ As exigências são as da Resolução CNS 196/96.

identidade do homem ou da mulher que surgem em lugar do transexual, conforme demonstrado no capítulo anterior. Reafirma-se, desse modo, a importância da atenção integral à saúde do transexual compreender as articulações necessárias, especialmente no campo político, isto é, junto às instâncias legislativas competentes para assegurar a requalificação civil do transexual que se submete ao processo transexualizador. Este parece ser o único modo de evitar que o respeito à autonomia do transexual, que não quer fazer a cirurgia de adequação genital, conflite com o princípio da beneficência.

Na verdade, se considerado apenas o campo dos efeitos civis, deveria ser melhor avaliado o malefício resultante do processo transexualizador. O atendimento aos princípios da beneficência e da não maleficência requer, respectivamente, a prática de atos que proporcionem algum bem a terceiros, o que parece ocorrer na esfera privada, pessoal, do transexual que anseia pelo tratamento; e, por outro lado, que sejam evitados danos injustificados, o que pode acontecer, na medida em que o tratamento dos transexuais pode agravar os problemas de toda ordem enfrentados nas relações sociais, enquanto não obtida a alteração do seu nome e sexo na forma legal.

A aplicação dos princípios da beneficência e da não maleficência na atenção à saúde dos transexuais, para evitar tal conflito, deve considerar o conceito de saúde, adotado no Brasil, além da concepção de integralidade hoje vigente. Cabe lembrar que a saúde, no seu conceito ampliado, tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. A integralidade da atenção à saúde, na concepção aqui adotada, deve ser percebida numa perspectiva ética e emancipatória, que respeite a autonomia dos pacientes, e procure fazer o bem, de forma equitativa, e não causar o mal. Enquanto não for assegurado o reconhecimento da nova qualificação civil do transexual, não haverá um estado de bem-estar mental e social, dentro do possível de ser alcançado. Não é benéfico um tratamento que pode ensejar uma “vida nua” para o paciente, ou seja, uma vida apartada do seu contexto social, pela falta de identidade adequada à nova situação física do transexual. Se isto ocorre, há de fato a produção de um mal.

Há outras questões que merecem ser analisadas sob o prisma ético. A primeira delas diz respeito ao início precoce do tratamento da transexualidade. Conforme mencionado no capítulo primeiro (2.3), em alguns países, como a Espanha e a Holanda, a partir dos seis anos de idade, crianças são admitidas em centros especializados. Peggy Cohen, psicóloga clínica holandesa do Hospital da Universidade Livre de Amsterdã, especialista em adolescentes transexuais declarou que:

Damos apoio psicológico às crianças pequenas, de 6 ou 8 anos, e a seus pais, e acompanhamos sua evolução de perto. Nessa idade é preciso descartar diferentes patologias, e comprovar se os gêneros são confundidos ao brincar ou se relacionar. O fato de uma menina jogar bola ou um menino brincar de boneca é bastante conhecido e nada problemático. Quando o desejo de mudar permanece, entre os 14 e 16 anos, podemos optar por administrar hormônios reversíveis. Temos 80 pacientes nessa fase e ninguém se arrependeu. Este protocolo clínico consiste em interromper a aparição dos caracteres sexuais secundários para dar-lhes tempo de amadurecer seus sentimentos em relação a viver num corpo estranho. No caso dos meninos, a voz não ficará mais grave, nem nascerá barba. No caso das meninas, não ficarão menstruadas nem desenvolverão seios. "Os meninos podem ser muito femininos e as meninas mais masculinas, mas de modo geral é uma época ambígua, e a moda, com suas roupas e cabelos parecidos, os ajuda a passar melhor por esse período. Os exames são contínuos, tanto do ponto de vista psicológico quanto físico. Se mudam de opinião, paramos com os hormônios e tudo volta a seu lugar. Se persistem, passamos a um tratamento definitivo, entre os 18 e 19 anos, com testosterona (hormônio masculino) para as meninas. Os meninos tomam estrógenos (hormônio feminino)", continua a médica. A fase final, por volta dos 20 anos, é a cirurgia.¹¹⁰

De acordo com a mesma notícia, os críticos deste procedimento são outros especialistas que não aprovam receitar hormônios na puberdade e prefeririam um tratamento psíquico. Há também grupos cristãos tradicionais, que desejam fechar o serviço, que é apoiado pelo Parlamento holandês. Os argumentos religiosos são usados na Espanha. Essa pressão não reduz em absoluto o fluxo de pacientes. Em Málaga, eles chegam de outras comunidades autônomas, incluindo imigrantes legais e muçulmanos, estes últimos com problemas de consciência por causa da rejeição de sua comunidade.

Trata-se de uma notícia de conhecido jornal (*El País*), reproduzida pela internet, que não apresenta maiores esclarecimentos sobre o aludido protocolo. Não é informado, por exemplo, o que leva os especialistas a afirmarem que “todos os pacientes sabiam desde muito cedo que viviam no corpo errado”. O que é considerado como “problema de gênero” em uma criança de seis anos, capaz de justificar um acompanhamento psicológico, não é dito.

À luz da bioética laica algumas questões devem ser postas. A administração de hormônios reversíveis é feita a partir dos quatorze anos, e aos dezoito se inicia o tratamento definitivo, que se completa aos vinte anos com a cirurgia. Será possível assegurar a autonomia de uma pessoa que, a rigor, começa o tratamento aos seis anos, já que é nessa idade que tem início o acompanhamento psicológico da criança/adolescente que terá interrompido o surgimento dos caracteres sexuais secundários, e que faz contínuos exames e consultas

¹¹⁰ “A transexualidade adolescente já não é tabu. Holanda e Espanha recebem pacientes a partir de seis anos”. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/midiaglobal/elpais/2008/09/30/ult581u2813.jhtm>>. Acesso em: 14 jan. 2009.

durante a adolescência? Haverá reversibilidade das vivências de gênero e das situações sociais criadas antes da escolha do sexo-gênero definitivo?

Deve-se lembrar que, em qualquer tratamento de crianças e adolescentes, deve haver rigorosa observância dos princípios da beneficência e da não-maleficência. Portanto, mesmo o simples acompanhamento psicológico deve resultar em benefício para o paciente, e não gerar, por exemplo, um estigma. Em atenção ao princípio da justiça, o tratamento deverá ser acessível a todos que estiverem em igual situação.

Se a resposta for afirmativa a essas e a outras indagações que podem e devem ser formuladas, e estiverem atendidos os princípios da beneficência, da não-maleficência, autonomia e da justiça, bioeticamente o início precoce do processo transexualizador será, *prima facie*, aceitável. Deve-se observar que não ficou claro se o tratamento é experimental, caso em que haverá várias outras exigências de natureza ética a serem atendidas. De qualquer modo, o exame bioético da questão deve ser minucioso e severo, para que não se repita a tragédia de David Reimer. Paira indelével sobre este caso a sombra de John Money!

A segunda questão que merece ser analisada sob a perspectiva bioética diz respeito à possibilidade dos transexuais terem filhos. Abrem-se, nesse sentido, algumas alternativas. A primeira, é a gestação pelo transexual *FtM* que não alterou a genitália, nem retirou o útero e ovários e que seja homossexual, tendo, portanto, um parceiro homem apto a inseminá-lo. Hipótese paralela é a geração de um filho por um transexual *MtF* que não retirou seu pênis e gônadas e possa inseminar sua parceira. Cabe lembrar que nem todos os transexuais têm horror ao sexo e podem manter relações hetero e/ou homossexuais.

A segunda alternativa, que se desdobra em outras variações, é o recurso às técnicas de reprodução assistida, que podem utilizar material genético do próprio transexual ou de doadores para a fertilização. A gestação pode ser feita por uma “mãe substituta” ou pelo próprio transexual, hipótese já verificada na Califórnia, narrada no capítulo primeiro (2.3 - caso Thomas Beatie). Vários transexuais, mesmo no Brasil, congelam seus gametas, antes da retirada das gônadas, por desejarem ter filhos futuramente. Homens e mulheres “normais” têm desejo de ter um filho. Parece natural que um transexual *FtM* queira um filho geneticamente seu, como qualquer homem. De modo geral, os homens parecem mais preocupados do que as mulheres em manter um vínculo genético com sua prole. É o que se constata, por exemplo, nas ações de investigação e desconstituição de paternidade, fundadas nos exames de DNA.

Há estranhamento diante da possibilidade de reprodução pelos transexuais. Uma das razões possíveis para tanto é o não reconhecimento da mulher ou do homem que deixou de ser transexual e o apego ao determinismo biológico. Contudo, as técnicas de reprodução assistida

romperam, há décadas, o vínculo que ligava a idéia de reprodução exclusivamente a um casal (homem-mulher). A fertilização *in vitro* possibilita arranjos reprodutivos que beiram a ficção científica, tais como a gravidez de Thomas Beatie.

A aplicação dos princípios bioéticos à reprodução por transexuais não revela, a princípio, maiores problemas: a decisão de ter filho é do transexual (autonomia); qualquer que seja o método adotado, o filho será um bem para o transexual (beneficência); e os procedimentos para reprodução, ressalvado o congelamento de gametas, estão disponíveis para todos.

Poderá ser alegado que os filhos dos transexuais serão afetados negativamente em razão de ter um pai ou mãe transexual, ou mesmo ambos os pais (caso Scoott e Thomas Moore, ambos *MtF*, já citado). O problema se inclui na discussão mais ampla de pais do mesmo sexo (homossexuais, bissexuais) que se encontra em curso, servindo de exemplo várias ações judiciais para adoção por homossexuais (casais ou solteiros), que ora são acolhidas, ora são rejeitadas. Se for considerado apenas o exercício da função paterno/materna, que desvincula a figura do pai/mãe da correspondência com o sexo biológico macho/fêmea, a contrariedade ao princípio da não-maleficência diminui ou desaparece. O tema é, contudo, controverso, e merece estudo específico, não pertinente diretamente a esta tese.

Segundo Fermin Roland Schramm, as situações de fragilidade e ameaça a grupos populacionais, contam com uma ferramenta apropriada para a abordagem de seus problemas: a bioética da proteção, que permite verificar qual o papel do Estado, que se pretenda legítimo, em tais casos. A bioética da proteção é uma “ética da responsabilidade social”, que deve servir de base para o Estado “assumir suas obrigações sanitárias para com as populações humanas consideradas em seus contextos reais, que são, ao mesmo tempo, naturais, culturais, sociais e ecoambientais” (SCHRAMM; PONTES, 2004b, p. 1320-1321). Oriunda do princípio da proteção, a bioética da proteção resgata o papel protetor do Estado, e sustenta a legitimidade do Estado de bem estar contemporâneo. O princípio de proteção pode ser definido como: “um princípio moral mínimo e ao mesmo tempo suficientemente abrangente para que as condições básicas de sobrevivência sejam garantidas, a fim de permitir a obtenção de outros bens, inclusive aqueles julgados importantes para que cada indivíduo expresse suas capacidades, para melhorar a condição de todos” (SCHRAMM; KOTTOW, 2001, p. 953).

O Estado, a partir do século XVIII, passou a resguardar os interesses individuais, de início os interesses de natureza patrimonial (prioritariamente o direito de propriedade), e a seguir a integridade pessoal dos cidadãos em face do Estado, época em que se estabeleceram os direitos fundamentais da pessoa. A saúde pública surge nessa época, como um assunto do

Estado, também com caráter protetor, ao controlar as epidemias e a reforma sanitária urbana. O princípio da proteção, presente nas ações sanitárias, atende os requisitos de uma ética para a saúde pública e justifica a análise moral das políticas públicas. Para tanto, é necessário identificar os objetivos e atores envolvidos, bem como as formas e instrumentos de sua implementação, de modo claro. Nestes termos, o princípio da proteção atualiza e contextualiza o princípio da responsabilidade, que se aplica como resposta a situações de fragilização ou de ameaça a seres humanos (SCHRAMM; PONTES, 2004b, p. 1321). Para que a aplicação do princípio da proteção não se transforme em paternalismo e desrespeito à autonomia das pessoas a serem protegidas, os serviços e ações de proteção devem ser prestados espontânea e gratuitamente, e deve estar assegurado o direito dos indivíduos, com capacidade civil e moral, recusarem tais serviços ou ações, de acordo com seu próprio entendimento (SCHRAMM; PONTES, 2004b, p. 1322).

É necessário, que a instância protetora se comprometa efetivamente com a proteção. Além disso, é preciso aferir as necessidades desses indivíduos ou populações, já que a proteção não pode ser incondicional. Merecem ser protegidas as necessidades “legítimas”, assim entendidos os requerimentos moralmente legítimos, relativos a necessidades essenciais, cujo atendimento permita aos indivíduos conseguir outros bens e dar curso a seus projetos de vida. Não devem ser considerados “legítimos” meros desejos ou caprichos individuais, que não possam, de modo objetivo, ser vinculados a existência psico/física da pessoa como ser social. Embora esta distinção seja difícil de ser feita, quando considerados condicionantes socioculturais, há itens indispensáveis que devem ser garantidos para todas as pessoas, e que os indivíduos não podem, em princípio, obter sozinhos, tais como: saúde, educação, alimento, vestimenta, abastecimento de água, segurança e moradia. A identificação dos indivíduos e das necessidades deve ser feita, o quanto possível, de modo objetivo, através da análise das situações existenciais constatáveis. A epidemiologia é um instrumento que pode ser preciso na verificação das ocorrências e distribuição das formas mórbidas nas populações, mas será necessário recorrer a outros campos do saber para a análise de situações de natureza predominantemente socioculturais. Outros saberes serão úteis na medida em que revelem as desigualdades, exponham a situação dos vulnerados, e estejam comprometidos diretamente com o desenvolvimento humano. Essas disciplinas podem auxiliar a bioética a identificar os interesses legítimos de proteção (SCHRAMM; PONTES, 2004b, p. 1322-1323).

É possível transpor esse entendimento, pensado no trabalho referenciado para fins de saúde pública, e aplicar a bioética da proteção, como ferramenta para abordagem dos problemas da população LGBT, em particular para exame das complexas situações vividas

pelos transexuais, que integram o grupo LGBT, população frágil e sob permanente ameaça de danos irreversíveis, inclusive físicos, que comprometem suas vidas psico/físicas como seres sociais, fato expressamente reconhecido pelo MS, no Programa Brasil Sem Homofobia de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. A articulação com outros ramos do poder/saber foi iniciada pelo Estado, através da Secretaria de Direitos Humanos do governo federal, ao lançar o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Sob a ótica da bioética da proteção, confirmam-se as considerações resultantes da aplicação dos princípios da bioética ao caso dos transexuais, em particular dos que se submetem ao processo transexualizador. Os atores, os interesses legítimos e os objetivos, nos termos acima definidos, estão identificados. Algumas ações já estão implementadas, de que é exemplo a inclusão do processo transexualizador no SUS.

Medidas para proteção da população LGBT já estão, ao menos, incluídas em nível de programa de governo. Com relação aos transexuais, há duas questões que se põem em face da proteção proposta. A primeira é o necessário respeito à autonomia do transexual, especialmente no tocante à realização ou não da cirurgia de transgenitalização, para que o tratamento não subtraia seu poder de decisão, e se torne paternalista. O transexual é pessoa que tem capacidade civil e moral para recusar tal serviço, de acordo com seu próprio entendimento. Deve-se ressaltar que o respeito à autonomia do transexual não exclui a aplicação da bioética da proteção, que não se confunde com o paternalismo.

A segunda questão é a chamada do Estado à responsabilidade que tem perante os transexuais, que se encontram à mercê das “intempéries sociais”, por falta de proteção adequada quanto a sua qualificação civil. A formalização documental da identidade é um dos itens indispensáveis que devem ser garantidos a todas as pessoas, e que os indivíduos não podem obter sozinhos. A ausência de qualificação civil adequada é uma situação existencial fácil e objetivamente constatável, e que impede os transexuais de conseguir outros bens e dar curso a seus projetos de vida. A demanda dos transexuais por uma qualificação civil compatível com a identidade sexual que adotaram é um requerimento moralmente legítimo.

A reflexão bioética sobre o processo transexualizador deve abordar, ainda que sucintamente, sua implantação no SUS. Embora a questão esteja aparentemente resolvida em face da Portaria 1.707/2008, é preciso considerar o real alcance dos seus efeitos, sob dois aspectos. O primeiro diz respeito à força normativa dessa portaria. Trata-se de um ato administrativo, que tem poder regulamentador, mas está sujeito aos sabores político-partidários, isto é, não tem poder de vincular a administração além dos limites das políticas hoje vigentes.

O segundo aspecto é relativo às avaliações financeiro-orçamentárias que podem ser alteradas e, se não impedir, pelo menos retardar o atendimento ao transexual no SUS, especialmente se o transexualismo for despatologizado. Deve ser considerada a possibilidade do transexualismo, à semelhança do que ocorreu com o homossexualismo, ser excluído do DSM-10, e, portanto, deixar o rol das “doenças”. Está em curso um movimento internacional pela despatologização da transexualidade¹¹¹, e no Brasil a despatologização do transexualismo tem sido reivindicada pela própria população LGBT. Contudo, a partir do momento em que esta ocorra no Brasil, será necessário o reexame da questão sob a ótica da bioética da proteção, e o enfrentamento das fortes pressões que certamente tentarão colocar o procedimento para adequação sexual no campo das escolhas pessoais, restritas ao âmbito da autonomia privada, e, por conseguinte, situadas fora da responsabilidade governamental. Esta nova situação pode – em tese – prejudicar o atendimento aos transexuais pela rede pública de saúde. Lembre-se que a destinação e a fixação das prioridades dos recursos orçamentários são deliberadas também no âmbito político-partidário, e estão sujeitas, portanto, a variações imponderáveis, como as que ocorrem durante as negociações políticas no Congresso Nacional, por ocasião da votação da Lei Orçamentária, que nem sempre atendem prioritariamente aos interesses sociais.

Ao analisar o conflito entre os três princípios morais e políticos norteadores do SUS, a saber, o: direito à **igualdade** e à **integralidade** na assistência à saúde e **universalidade** do acesso, Arreguy e Schramm (2005, p. 117) abordam a alocação de recursos, vale dizer, o difícil problema da destinação de recursos escassos, para o atendimento das inúmeras, variadas e crescentes demandas, tanto de caráter social como individual, à luz desses princípios. Em síntese, analisam o problema de como distribuir de forma justa recursos insuficientes.

O conflito se instaura, na medida em que estão envolvidos interesses e valores dos diversos segmentos de uma sociedade plural, todos igualmente legítimos *prima facie*, e que compreendem diferentes direitos, deveres e modalidades de acesso, a todos assegurados. A análise desse conflito, sob o ponto de vista bioético, faz parte das condições necessárias para o encaminhamento das possíveis soluções para esse tipo de problema (ARREGUY; SCHRAMM, 2005, p. 118).

¹¹¹ Em 18.09.2009, foi noticiada na França a retirada do transexualismo da categoria das doenças psiquiátricas de longa duração, sem interrupção dos cuidados com estes pacientes. Disponível em: <<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/declassification-de-la-transsexualite-de-la-categorie-affection-de-longue-duree-ald-23-affections-psychiatriques-de-longue-duree.html>>. Acesso em: 06 nov. 2009. Sobre a situação atual e

A solução passaria, portanto, pela bioética da proteção, que possibilita direcionar as ações que atendem às demandas da população, mediante políticas efetivas e corretas no sentido moral, o que significa dizer, ações que são direcionadas de acordo com o que foi deliberado com a participação direta de representantes da população, na distribuição da denominada justiça sanitária (ARREGUY; SCHRAMM, 2005, p. 122). O princípio da proteção torna-se, desse modo, a ferramenta principal para avaliação das políticas de saúde, que devem apresentar programas que contemplem, pelo menos, o necessário para neutralizar as ameaças ou agressões que podem afetar os indivíduos e as populações em sua vulnerabilidade. Os eventuais efeitos negativos não podem ser inteiramente evitados, o que mostra a importância de se submeter as ações de promoção, prevenção e cuidado da saúde a algum tipo de controle social, que possa averiguar se os resultados contemplam as necessidades sanitárias de interesse comum (SCHRAMM; KOTTOW, 2001, p. 954).

O controle social, dessa forma exercido, não resolverá, porém, o conflito principal entre a centralização das ações de saúde, de modo integrado com a questão moral e de responsabilidade, e a efetividade das ações propostas, quando considerada a pluralidade de necessidades humanas e de valores, típicas de uma sociedade democrática e pluralista. Para fins de equacionamento do problema, os princípios do SUS podem ser considerados válidos *prima facie*, mas resguardando uma ética mínima baseada no princípio da proteção como instrumento de reflexão e de atuação para priorizar, ou focalizar, os investimentos do Estado, naqueles que estão atingidos em suas necessidades sanitárias básicas (ARREGUY; SCHRAMM, 2005, p. 122). Dentre essas necessidades básicas deve ser incluído tudo aquilo que, considerado o conceito ampliado de saúde, é indispensável para a vida em sociedade, de modo que o indivíduo não tenha sua vida reduzida ao aspecto de vida nua.

No caso do transexual há uma necessidade de proteção, exatamente para que seja providenciado o necessário para neutralizar as ameaças ou agressões, e propiciados os meios para sobreviver socialmente. Esses meios passam, necessariamente, pela qualificação civil adequada à identidade sexual adotada. Os demais requisitos, para que se aplique o princípio da proteção à transexualidade, estão presentes, inclusive o controle social, que foi exercido nos processos de aprovação do PBSH e do Plano de Cidadania LGBT, já mencionados.

4.3. Moralidade do processo transexualizador

O estudo da transexualidade revela aspectos interessantes e que aumentam a perplexidade em relação aos problemas que os transexuais enfrentam. A rigor, a transexualidade, estado de passagem de um sexo para o outro, é ou deveria ser transitória, mesmo que se prolongue no tempo. Ao que se sabe, a meta do transexual é tornar-se alguém do sexo/gênero oposto ao que lhe foi atribuído, pela pessoa que fez o parto, ao nascer: o transexual quer ser um homem ou uma mulher.

Embora não se possa, especialmente diante dos estudos *queer*, excluir a manutenção da identidade *trans* como uma possibilidade, o reconhecimento da identidade masculina ou feminina é o que o transexual almeja, com ou sem cirurgia de transgenitalização. A necessidade de afirmação do masculino ou do feminino que o transexual constrói, com frequência, faz com que ele reproduza estereótipos de gênero, assim entendidos os comportamentos de gênero já ultrapassados, ou que se tenta ultrapassar. Como esclarece Berenice Bento, o transexual procura encontrar “pontos de apego socialmente aceitos para o gênero” com o qual se identifica, para poder desempenhar sua “paródia de gênero”. Na tentativa de ser reconhecido no meio social como uma mulher ou um homem “de verdade”, o transexual procura desempenhar, da melhor forma possível, o papel de gênero feminino ou masculino. Mas o homem ou a mulher “de verdade” não é inteligível por sua *performance* de gênero, e sim pelo pênis ou vagina que traz oculto sob as roupas. Nesse sentido, a *performance* do transexual se transforma num arremedo, numa paródia (BENTO, 2006, p. 100-103), tenha ou não realizado a cirurgia, pois neste último caso, sua genitália não é “natural” ou “verdadeira”.

No caso da mulher (*MtF*) muitas vezes o transexual procura se tornar a dona de casa dedicada, a esposa fiel, pura e ingênua, no que se poderia denominar metaforicamente como o “modelo Doris Day”, em alusão a filmes da década dos anos Sessenta, na qual a conhecida atriz de Hollywood se consagrou como “*sexy* ingênua”, mas sobretudo como a esposa que cuida da casa, dos filhos, do marido e do cachorro. A adoção desse modelo provoca fortes reações de alguns segmentos feministas, que vêem neste comportamento “uma tentativa do poder patriarcal invadir o território feminino” (BENTO, 2006, p. 100). Inversamente, o homem (*FtM*) se esmera no comportamento do “macho” agressivo, dominador, possessivo. Ambos, mas principalmente as mulheres, querem se tornar “invisíveis”¹¹², como qualquer

¹¹² Um exemplo da procura dessa invisibilidade encontra-se no filme *Transamérica*, de 2005, em que a atriz Felicity Huffman vive o papel da transexual (*MtF*) que se transforma na mulher – conservadora e recatada –

pessoa na multidão. Diferentemente do travesti, o transexual não produz uma “atração irresistível”, ao contrário, faz tudo para não ser percebido. Quando isto acontece, pode-se dizer que o tratamento teve sucesso.

Não obstante, há entendimentos bem mais severos sobre o “fenômeno transexual”. Segundo esses entendimentos, o transexualismo não limita sua “carga” ao indivíduo, mas exige da sociedade respostas para suas demandas, e, em função das justificativas que a sociedade dá para suas ações, torna-se responsável por seu próprio devir (FRIGNET, 2002, p. 20-21). Para Frignet, o transexualismo apenas “cristalizou” um mal-ser na identidade sexual, que sempre existiu. Graças ao “fio do bisturi”, o transexualismo foi confortado e acolhido pela benevolência de uma sociedade que resolve enfrentar as reivindicações jurídicas e sociais desses indivíduos, utilizando o “braço armado da ciência”. Sobretudo, a aceitação desse fenômeno é uma das formas de expressão do “declínio da subjetividade” que afeta o corpo social, que tenderia, segundo o autor, a aceitar a diminuição das diferenças entre os sexos. Cabe ao psicanalista alertar para os impasses a que se chegará com o tratamento do transexualismo, “que não teria sido precedido de uma reflexão e de uma escolha que levassem em conta o real do sexo”. A reprodução sexuada, “indispensável para o nascimento da humanidade”, traz em si a noção de vida e de morte. O sexual está inscrito no corpo e permite que o homem seja o único ser vivo “dotado de linguagem, e mesmo criado por ela” e que sabe ser mortal (FRIGNET, 2002, p. 132-136).

O transexualismo tem o mérito de fazer emergir o que está no fundo de todo o debate, que se desenvolve nas diferentes disciplinas, de que são exemplo a medicina, a cirurgia, a psiquiatria, o direito, a sociologia, a filosofia: o exame dos limites entre o individual (privado) e o coletivo (público). Em outras palavras, no fundo há um questionamento sobre a liberdade (FRIGNET, 2002, p. 20).

A genealogia do poder feita por Foucault revela que o indivíduo não é uma realidade exterior ao poder, nem é por ele anulado; é, na verdade, um de seus mais importantes efeitos (MACHADO, 2003b, p. xx). Assim também é o transexual, um produto do dispositivo da sexualidade, que o rejeita como tal, e o “convence” a valer-se do saber médico, para se tornar um homem ou uma mulher, único meio de ser percebido pelas regras de inteligibilidade do ser humano.

A sociedade marcha “ao compasso da verdade”. Ela produz e faz circular discursos que têm poderes específicos, porque funcionam como verdade. Mas os discursos

“verdadeiros” mudam incessantemente (FOUCAULT, 2003b, p. 231). A medicalização/desmedicalização de diversas situações da vida bem o demonstra. A transexualidade expressa a “verdade” sexual de determinados indivíduos, mas essa verdade abala profundamente os discursos sobre sexualidade que funcionam como verdade. Neste ponto parece que se iniciam os problemas do transexual.

Os discursos sobre a sexualidade apresentam, em resumo, duas verdades: a) a biológica, que estabelece a forma do corpo, sobre a qual se estrutura o sistema sexo-gênero; e b) a psicanalítica, que instaurou a matriz heterossexual como complemento “natural” do sistema sexo-gênero, e a quem compete avaliar os comportamentos sexuais, determinando os que são ou não “verdadeiros”, isto é, conforme a matriz estabelecida.

O transexual se situa entre o determinismo biológico e o determinismo social (*nature x nurture*) e, simultaneamente, entre o interesse individual, que deve ser protegido, e o interesse coletivo, que deve ser defendido. No ponto de interseção de todas essas linhas – um não lugar - se encontra o transexual.

A situação do transexual se aproxima da noção de *homo sacer*, trazida por Giorgio Agamben. Trata-se de uma figura do direito romano arcaico, que carrega permanentemente uma contradição: era o indivíduo que, embora considerado sagrado, não podia ser sacrificado, na forma dos ritos existentes, mas que qualquer um poderia matar, sem ser punido. O *homo sacer* tinha sido consagrado a uma determinada divindade, era propriedade dos deuses. Qual a razão, portanto, de poder ser morto por qualquer pessoa, que ficaria impune? Trata-se de um conceito-limite, isto é, que dificilmente pode ser explicado satisfatoriamente dentro de uma polaridade, do tipo “direito divino x direito humano” ou “religioso x jurídico” (AGAMBEN, 2002, p. 79-81). O termo latino *sacer* traduz bem a situação: “santo e maldito” (AGAMBEN, 2002, p. 86). Trata-se de um conceito que perdeu sua inteligibilidade imediata e, como termo vazio, pode carregar sentidos contraditórios (AGAMBEN, 2002, p. 88).

Este o caso do *homo sacer*, que era excluído da jurisdição humana, mas não ingressava na divina (AGAMBEN, 2002, p. 89). É esta dupla exclusão que caracteriza o *homo sacer*, e não a contradição, a ambivalência de uma vida “insacrificável”, mas “matável”. Em outras palavras, é uma vida que pode ser retirada ou não, porque não tem nenhum amparo (nem divino, nem jurídico) ou qualquer pertencimento, e por isso se torna uma vida “nua”.

Esta é a “vida sacra” ou “vida nua”, que é encontrada também sob o poder soberano, que pode matar, sem cometer homicídio e sem celebrar sacrifício (AGAMBEN, 2002, p. 90-91).

A compreensão das reais implicações da vida nua é possível quando se remonta à distinção terminológica feita pelos gregos para expressar “vida”: *zoé*, que exprimia o simples

fato de viver, comum a todos os seres vivos (animais, homens e deuses), e *bíos*, que indicava a maneira de viver própria de um indivíduo ou de um grupo, isto é, uma vida qualificada, ou um modo de vida particular (AGAMBEN, 2002, p. 9). A vida sacra se situa na zona de indistinção - nem *bíos* político, nem *zoé* natural – mas onde ambas as vidas se implicam e se excluem reciprocamente, para se constituírem (AGAMBEN, 2002, p. 98). O que caracteriza a vida nua é, portanto, a separação do seu contexto, mas que sobreviveu à morte, e por esta razão tornou-se incompatível com o mundo humano (AGAMBEN, 2002, p. 107).

No momento em que a biopolítica se alia a um biopoder potencializado pela biotecnociência, a vida humana torna-se a aposta em jogo: a vida humana está nas mãos da política. A simbiose entre a política e a vida humana deixou nebulosos os limites entre ambas. O conceito de vida nua, segundo Agamben (2002, p. 126), deixa transparecer a perda da inteligibilidade da política e da vida, quando não são consideradas em conjunto.

Para Agamben, há uma contigüidade entre democracia e Estados totalitários, a partir do que se pode denominar “politização da vida”, que abarca tudo, mesmo os âmbitos vitais aparentemente neutros, o que se pode interpretar como a politização de tudo que era “natural”. Em conseqüência, a partir de um certo ponto (século XX), quando os indivíduos procuram exercer seus direitos, nos espaços de liberdade que lhe restam, acabam por, simultânea e tacitamente, inscrever suas vidas na ordem estatal. Em outras palavras, no conflito com os poderes estatais, os espaços de liberdade e direitos que os indivíduos “conquistam” têm um preço: “a inscrição tácita” na ordem estatal, isto é, a submissão de todos os aspectos de suas vidas “ao poder soberano do qual desejariam liberar-se”. Desse modo, todos os eventos políticos decisivos têm sempre uma dupla face, uma que confere e outra que retira dos indivíduos suas liberdades, direitos e espaços, e que pode conduzir à vida nua. Para Agamben, “o rio da biopolítica, que arrasta consigo o *homo sacer*, corre de modo subterrâneo, mas contínuo” (AGAMBEN, 2002, 126-127).

É possível identificar no Plano de Cidadania LGBT essa “inscrição tácita” dos indivíduos na ordem estatal. Embora sejam inegáveis as conquistas dessa população, e talvez a maior delas seja a sua visibilidade e a demarcação do seu espaço na sociedade, suas reivindicações passaram a fazer parte de um plano de governo; os indivíduos estão, portanto, “inscritos”, entregues à “ordem estatal”, “a mais temível instância” do poder”, porque corre subterrânea. Como observa Agamben (2002, p. 131), o corpo é “um ser bifronte”, que porta tanto a sujeição ao poder soberano (estatal), quanto as liberdades individuais. O corpo das lésbicas, *gays*, bissexuais e transexuais é sua instância de liberdade, mas é, também e ao mesmo tempo, o objeto de dominação do Estado.

A transexualidade traduz claramente o que há de “temível” na instância governamental. Através do processo transexualizador haveria a inclusão do transexual, isto é, ele poderia ser resgatado da discriminação e exclusão social a que está submetido. Mas, terminado o processo, o que se verifica é sua “nova” exclusão, na medida em que o homem ou a mulher que passou a ser não é recepcionado socialmente, tornando-se “invisível”. As instâncias estatais, médicas e jurídicas, a quem entregou seu corpo, mantiveram sua vida nua, talvez de modo mais perverso do que o anterior: após o tratamento o transexual perde qualquer vínculo com o contexto de inteligibilidade dos seres humanos, porque não é reconhecido pelas instâncias do poder jurídico como mulher ou homem, e seu corpo permanece um híbrido homem-mulher, sob o rigor do olhar médico-biológico, para o qual prevalece sua composição genético-gonadal.

Diante dessa constatação, cabe indagar se há alguma razão que justifique a separação da vida do transexual do seu contexto, sua transformação num *homo sacer* contemporâneo. A resposta a essa questão passa pelo exame da moralidade dos procedimentos de redesignação sexual, ou seja, é necessário examinar se o processo transexualizador afronta à moralidade da práxis humana. O problema apresenta aspectos que devem ser examinados com as ferramentas conceituais e práticas da bioética, a fim de esclarecer e ajudar a resolver eventuais conflitos de interesses e de valores envolvidos. Essas ferramentas bioéticas, de tipo descritivo, normativo e protetor, podem contribuir para o esclarecimento da existência (ou não) de justificativas para a exposição do transexual a uma vida nua. (SCHRAMM, 2005a, p. 1).

A análise da moralidade da redesignação sexual deve iniciar-se pela verificação da metáfora da natureza dominante no mundo ocidental na contemporaneidade: em que mundo e, portanto, sob que olhar moral é vista a transexualidade.

Como esclarece Fermin Roland Schramm (1996, p. 109-111), encontram-se três metáforas no imaginário ocidental ao longo do tempo: o **templo**, que realiza a primeira separação entre o espaço “sagrado” e o espaço “profano”; o **laboratório**, que opera a distinção entre conhecimento “científico” e “não científico”; o **código**, que distingue a realidade “real” e a “virtual”. As metáforas diferem pela específica visão da relação homem-mundo: a “naturalista”, segundo a qual o homem não deve interferir nos processos da criação, e sim respeitar o finalismo intrínseco dos fenômenos naturais, pertinente à ordem do sagrado; a “artificialista” que relativiza o valor da natureza, priorizando o bem-estar humano, ainda que a custa de atitudes “antinaturais”, campo onde predominam as ciências e as técnicas; e a “virtual”, que surge com a cultura da informática, pertence ao mundo dos códigos e é

considerada indispensável à solução de problemas concretos e complexos relativos ao bem-estar humano (SCHRAMM, 1996, p. 109-111).

O mundo atual é cunhado, preponderantemente, pela ciência e pela técnica. É necessário, porém, que se perceba que o predomínio não significa a inexistência das demais visões. Coexistem na contemporaneidade as três concepções em permanente tensão e conflito entre cosmovisões, valores e princípios distintos. Do mesmo modo convivem duas atitudes opostas diante do iminente predomínio de matematização da natureza e da cultura, que se impõe cada vez mais ao **mundo da vida**: de um lado o entusiasmo pelo progresso científico, de outro o temor diante dos abusos da ciência. Partilha-se, contudo, a consciência do avanço inexorável da biotecnociência, independentemente de serem lícitos ou não seus resultados. O imperativo tecnológico desloca, desse modo, os limites morais, na medida em que alcança o impensável e, por conseguinte, não pertinente, em princípio, ao campo da moralidade (SCHRAMM, 1996, p. 109-112). A transexualidade, ou melhor, a possibilidade da redesignação sexual se situava no impensado. A partir do momento em que os recursos da biotecnociência permitem a criação de um novo corpo, que gera uma nova identidade de gênero, que clama por reconhecimento, deixa-se o espaço do impensado e se ingressa no campo da moralidade.

Como assinala Schramm (2005a, p. 1), a transexualidade envolve questões complexas e problemáticas, que não têm respostas simples, nem nas ciências da saúde nem em bioética. É necessário desconstruí-la, para tentar reduzir sua complexidade, mas sem amputá-la de conteúdos pertinentes – isto é, sem reducionismos - e tentar dirimir os conflitos de interesses e valores envolvidos. Há, porém, questões prévias, relativas aos conceitos utilizados, e que a análise conceitual e a pesquisa genealógica permitem situar corretamente no âmbito do sentido que pode ser compartilhado. Além disso, é preciso considerar as injunções políticas e jurídicas em campo, bem como reconhecer os atores envolvidos nas lutas capazes de dirimir conflitos e eventuais dilemas existentes, em suas contingências e seus direitos de gerir, da melhor maneira possível, suas intimidades. A bioética deve, necessariamente, contemplar todos esses aspectos e, através de suas ferramentas ajudar a reduzir o sofrimento evitável, objetivo último da bioética da proteção.

Ressalta SCHRAMM (2005a, p. 2-3) a importância de se esclarecer conceitos e questões que, quando mal compreendidos podem originar pseudoproblemas, que não mereceriam maior atenção. Muitos dos problemas filosóficos desaparecem no momento em que conceitos corretos são utilizados para formular e situar adequadamente as questões. Assim, a transexualidade não apresentaria problema, se analisada sob uma ótica liberal,

segundo a qual, na medida em que não afetem ou limitem, de maneira significativa, a vida de outrem, os indivíduos são titulares de suas vidas no âmbito privado. Respeitada a vida dos outros, a transexualidade não seria, sob esse prisma, diferente de qualquer outra problemática de natureza sexual. Poderia haver um problema mais geral, relativo aos pré-conceitos que historicamente acompanham a sexualidade humana. A solução é sedutora, mas a transexualidade não é uma pseudoquestão.

Um dos aspectos da transexualidade que pode, legitimamente, ser considerado objeto da bioética, diz respeito aos conflitos identitários que atingem o indivíduo, e que têm interesse e valor para as pessoas, na relação entre si. Problemas desse tipo, pertinentes ao bem-estar e à qualidade de vida de indivíduos e populações de humanos, dizem respeito à bioética, que se ocupa da moralidade das ações humanas (ou das omissões em agir), que envolvam terceiros.

Há, pelo menos, três tipos de conflito de identidade que podem atingir o transexual: a) os relativos às tensões intra-individuais, do indivíduo consigo mesmo, que, a rigor, não são relevantes do ponto de vista moral, pois dizem respeito ao eu consigo; b) os decorrentes das relações inter-individuais, do indivíduo com outros, que são moralmente relevantes; e c) os de natureza “supra-individual” e “supra-coletiva”, que dizem respeito não só às relações entre indivíduo e populações, mas também com instituições. Os conflitos “supra-individuais” são os relacionados ao direito e à moral, naquilo que contribuem efetivamente para definir a condição humana e o funcionamento dos sistemas, especialmente o jurídico (SCHRAMM, 2005a, p. 4).

No âmbito dos conflitos intra-individuais, constata-se a tensão entre a identidade sexual (vinculada ao sexo biológico/corpo) e a identidade de gênero, ou seja, entre o sexo físico e sexo psíquico. Essa tensão, que se traduz no prefixo *trans*, pode apontar para um “terceiro termo identitário”, de difícil colocação lógica e semântica. A idéia de “transitar” - ir de um lado para o outro e vice-versa - implica em algo que não é nem um nem outro e, ao mesmo tempo, um e outro. Há, também, uma dificuldade epistemológica: a alteridade ou a **diferença** existente no caso não é assimilável pelas categorias masculino e feminino *stricto sensu*. A *transgressão* de tal dicotomia, determinada (por oposição) pelo modelo reducionista do naturalismo, e à qual se tenta confinar a transexualidade, caracteriza, de fato, uma transgressão de uma suposta norma biológica *stricto sensu*. As dificuldades apontadas se referem ao indivíduo que é, de fato, um “terceiro excluído” do direito à cidadania plena na maioria das sociedades conhecidas, estruturada pelas duplas menino/menina, homem/mulher, papai/mamãe, dominante/dominado, amo/escavo, entre outras. (SCHRAMM, 2005a, p. 4-5).

A questão bioética emerge efetivamente quando se trata do processo transexualizador, que propõe, como terapia, restabelecer uma espécie de “harmonia entre corpo e espírito”, ou uma “retificação física”, que deve ser acompanhada por uma “congruente modificação de pertencimento à categoria sexual desejada”, a qual, reconhecida no plano cível, permita o exercício de direitos assegurados a todos os cidadãos. Este tipo de intervenção só pode ser moralmente considerada legítima, se desejada pelo transexual, que queira, desse modo, restabelecer a coerência entre os seus “eus” em conflito, ou seja, se respeitado o princípio da autonomia, que vigora nas sociedades liberais contemporâneas, e que somente pode ser limitado se as ações do agente afetam, de maneira significativa e irreversível um paciente ou destinatário dos atos.

Há, ainda, dois poderosos argumentos que tornam legítimas as intervenções realizadas no corpo do transexual: os princípios bioéticos e sanitários da “qualidade de vida” e do “bem-estar”, os quais permitem legitimar moralmente, pelo menos nas sociedades liberais, complexas e pluralistas contemporâneas, as intervenções sobre os corpos dos indivíduos e nas modalidades por eles requeridas ou consentidas, desde que isso não prejudique, de maneira substantiva, terceiros, a não ser, eventualmente, em seus preconceitos (SCHRAMM, 2005a, p. 6).

O principal argumento contrário à legitimidade moral dos procedimentos médicos destinados à redesignação sexual consiste em desqualificar a transexualidade como patologia. Haveria, no caso, apenas a busca pela satisfação de um desejo, ou o atendimento de uma escolha ou necessidade individual. Não existiria, desse modo, razão para qualquer ação de natureza sanitária, quando comparado o caso com outras necessidades socialmente reconhecidas. A questão deveria se deslocar para o campo da medicina dos desejos, que atende demandas formuladas por razões mais variadas, não patológicas propriamente ditas. Haveria de se discutir a legitimidade moral dos procedimentos nesse campo. Na verdade, o argumento contrário diz respeito às prioridades em saúde, “que é uma espinhosa questão de todos os sistemas sanitários conhecidos” (SCHRAMM, 2005a, p. 7).

Efetivamente, como observa Schramm, este argumento introduz um elemento novo, a saber:

[...] um juízo hierárquico entre necessidades que deve ser justificado com bons argumentos por atores morais razoáveis, visto que a intensidade e gravidade do sofrimento resultante de um sexo não desejado podem muito bem ser comparáveis àquelas de sofrimentos causados por outras doenças e moléstias, evitando os *a priori* que só redundam em discriminações injustificadas e ideologizações de condições existenciais. (SCHRAMM, 2005a, p. 7).

Não deve prosperar também a argumentação no sentido de que, no caso da transexualidade, há um auto-diagnóstico, cuja terapia é auto-prescrita, e cujo resultado é auto-avaliado, faltando-lhe, portanto, qualquer critério biológico ou mental objetivo. Se acatado, esse argumento deveria ser estendido a uma série de moléstias psíquicas e psicossomáticas. Contudo, para Schramm (2005a, p. 7), a questão da legitimidade moral da transexualidade está em aberto e merece outras reflexões, que afastem, de início, os pré-conceitos existentes sobre o tema.

Observa-se na ponderada reflexão apresentada por Fermin Roland Schramm, que os argumentos do autor podem ser aplicados tanto para a transexualidade, entendida como modo de ser ou o estado do indivíduo transexual, como para o tratamento que lhe é aplicado, vale dizer, para o procedimento de redesignação sexual, objeto do denominado processo transexualizador, ambos (estado e tratamento) suscetíveis de avaliação pela bioética.

Os mencionados argumentos se referem a várias questões já abordadas nesta tese, e fortalecem alguns pontos de vista apresentados. Merece destaque o princípio da autonomia, que efetivamente é o principal argumento – verdadeira condição *sine qua non* – que legitima moralmente a transexualidade e as intervenções médicas no corpo do transexual, feitas a título de tratamento.

Pode-se acrescentar mais um argumento: para que os procedimentos médicos que integram o processo transexualizador sejam moralmente legítimos, deve ser assegurada ao transexual, como consectário automático do tratamento, sua requalificação civil. Não pode ser moralmente aceitável qualquer ação que resulte na retirada de direitos, o que ocorre com o transexual, como demonstrado no capítulo anterior. Mais grave, não pode ser moralmente legítimo um procedimento médico que transforme um ser humano em um *homo sacer*: “insacrificável”, como qualquer paciente que é resguardado pelo aparato legal e pelas normas éticas, mas “matável” socialmente, por qualquer representante do judiciário que, a seu critério e “impunemente”, lhe negue a identidade civil adequada. Nenhum argumento pode tornar moralmente legítimo, especialmente diante da denominada “cultura dos direitos humanos”, a condenação à vida nua, que é, ontologicamente, o lugar do não direito.

Se o corpo, na concepção de Feuerbach e Merleau-Ponty, é o **eu**, a própria essência do indivíduo, o transexual é uma pessoa em busca do seu corpo, portanto do seu **eu**. Haveria no transexual, antes da transformação do seu corpo, uma cisão entre o vidente e o visível, já que ele não reconhece o que está vendo. No transexual, o outro vê o que o vidente não vê (CASTRO, 2008, p. 188). Como observou Schramm, “se o desejo identitário, relativo à sexualidade e a seu exercício, não fizer parte dos conteúdos pertinentes da “cultura dos

direitos humanos”, tal cultura esqueceria uma dimensão fundamental da existência nesse mundo, tornando-a território de almas sem corpos talvez de outro mundo” (SCHRAMM, 2005a, p. 7).

O respeito à autonomia, em particular quando se trata de saúde, torna-se literalmente vital, no momento em que a biopolítica aprofunda os sistemas de controle e aprimora o instrumental biotecnocientífico para interferir nos corpos que lhe são “oferecidos” pelos indivíduos, em nome de um “bem-estar” e de uma “qualidade de vida”, sobre os quais nem sempre houve a necessária reflexão ou mesmo comprovação científica.

É indispensável que se preserve, nesse campo invisível de negociação da vida com o Estado, em nome da saúde, um espaço em que o indivíduo possa exercer realmente sua autonomia, ou seja, no qual possa, literalmente, dar-se a sua norma de comportamento, de acordo com sua identidade e desejos legítimos que não prejudiquem terceiros. A bioética da proteção, que permite verificar qual o papel do Estado, que se pretenda legítimo, diante de situações de fragilidade e ameaça a indivíduos e/ou grupos populacionais, pode ser a ferramenta hábil para que os espaços da autonomia individual sejam respeitados.

A aplicação do princípio da proteção ao caso dos transexuais certamente inclui nos debates em torno da moralidade do processo transexualizador os efeitos sociais que dele resultam, como uma exigência ética a ser atendida pelas instâncias responsáveis por seu tratamento.

A moralidade do procedimento de redesignação sexual, como observou Fermin Roland Schramm, é uma questão em aberto. A transexualidade é um fenômeno dinâmico, como todos os demais que integram a sexualidade. Certamente há aspectos que sequer são conhecidos, especialmente no campo comportamental. Muito se aprendeu com o monstro, que é uma figura do passado. O transexual não é um monstro, porque não é uma dualidade, característica básica do monstro, mas uma unidade construída com recursos da biotecnociência. O transexual, desse modo, se aproxima do ciborgue, que é o futuro. Muito pode se aprender com a transexualidade, que expôs as entranhas da sexualidade, e pode mostrar o caminho para uma sociedade pos-gênero. Afinal, “o novo sempre vem”¹¹³.

¹¹³ Verso da canção “Como nossos pais”, de Belchior. Disponível em: <<http://letras.terra.com.br/belchior/44451/>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

CONCLUSÃO

A demonstração objetiva que se tentou fazer da inadequação bioética do processo transexualizador deixou em aberto uma indagação: por que isto ocorre? A pergunta se impõe, pois não faz sentido, à primeira vista, que um conjunto de procedimentos médicos destinados a resolver os problemas dos transexuais e que têm sucesso na transformação física das pessoas, criando as condições corporais para que ocorra a almejada mudança de sexo, afronte à bioética. Mais do que isso, não parece razoável que um programa de governo, elaborado em um país democrático, destinado a promover a integração social dessa população, e que instituiu no SUS o processo transexualizador, possa gerar efeitos bioeticamente inadequados. Em resumo: seria falsa a tese proposta diante dos fatos? Ou há algo “não dito” em toda essa questão que, afinal, sustenta a tese?

Alguns pontos de tudo que foi até o momento exposto devem ser destacados para concluir a presente tese. Não se trata simplesmente de uma síntese do que foi apresentado, mas de fazer emergir as respostas às perguntas formuladas acima.

O caso de David Reimer deve ser lembrado nestas reflexões finais. David por vezes refere a si mesmo como uma aberração (*freak*), um monstro. Ele sabe que descumpriu a norma segundo a qual deveria ser mulher por não ter pênis. Como terá se visto David, enquanto Brenda: algo sem nome, algo anormal, indaga Butler. Neste momento ele/ela não está em questão como um ser humano, mas como o espectro do monstro *contra* o qual e *através* do qual a própria norma se instala (BUTLER, 2004, p. 69). David não trocou a norma de um gênero pela do outro. Há nele algo que excede a norma. Seu depoimento revela que ele não se reconhece como alguém, mesmo após os “ajustes” em seu corpo, que supostamente inaugurariam sua “humanidade”. Embora continue falando, insistindo, ele demonstra ter consciência do incomensurável que existe entre ele e o seu “pênis”. David, com seu pênis, entra na inteligibilidade, não para ser reconhecido, mas para oferecer uma perspectiva crítica das próprias normas que conferem inteligibilidade (BUTLER, 2004, p. 69-73). Seu suicídio pode ser visto como parte dessa crítica.

David viveu nos limites da inteligibilidade do ser humano, no que é pertinente ao sistema sexo-gênero. David é uma alegoria da transexualidade. Ao mesmo tempo em que contribui para a compreensão do intersexual e do transexual, exacerba o questionamento quanto à real importância de classificações que, afinal, são feitas **em razão** do sistema sexo-gênero e **para** atendimento de suas regras. A não submissão a essas regras em alguns casos,

de que é exemplo o transexual, torna o indivíduo não-reconhecível, ao retirar-lhe uma das condições de inteligibilidade como ser humano.

Mas há, efetivamente, um ponto em comum entre David e o transexual: ambos viveram nos limites da inteligibilidade do ser humano, que se verifica através do sistema sexo-gênero. Não há como construir a identidade do indivíduo fora desse sistema, pois como esclarece Foucault, a sexualidade é um dos procedimentos que individualiza as pessoas, aquele que obriga “as pessoas a se associar com sua identidade na forma da subjetividade” (FOUCAULT, 2004, p. 76).

No mesmo sentido, observa Butler (2003, p. 37) que é equivocada a discussão sobre identidade em momento anterior à identidade de gênero, visto que as pessoas só se tornam inteligíveis ao adquirir seu gênero, conforme os padrões estabelecidos e reconhecidos de inteligibilidade de gênero. Mas gêneros “inteligíveis” são os que instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. (BUTLER, 2003, p. 21-37).

A descontinuidade e a incoerência, que resultam da não observância dos padrões vigentes, isto é, da matriz cultural que torna o gênero inteligível, denominadas por Butler (2003, p. 39) “matriz de inteligibilidade”, são constantemente proibidas. As identidades em que o gênero não é coerente com o sexo, ou em que as práticas do desejo não são uma “continuidade” nem do sexo, nem do gênero, são identidades que não podem (ou não devem) existir. Como e por que há esta proibição?

A proibição não é a função principal do poder, embora essa idéia tenha se difundido bastante. As sociedades ocidentais desenvolveram procedimentos e técnicas de vigilância e controle do comportamento dos indivíduos, que têm como função intensificar e multiplicar seu objeto de controle. A interdição e a punição são instrumentos que conferem eficácia e solidez ao poder. Isto explica por que, no caso do dispositivo de sexualidade, sempre houve uma produção intensa e ampla de discursos científicos e institucionais sobre sexo e sexualidade, embora sobre eles existam inúmeras interdições (FOUCAULT, 2004, p. 76-77). Os mecanismos de controle não negam, nem excluem a sexualidade, mas a partir dela organizam todo um dispositivo complexo de poder, que trata da maneira pela qual os indivíduos se comportam e tomam consciência de si mesmos. Em outras palavras, pela sexualidade o poder controla a construção das identidades, que devem obedecer o que foi estabelecido pelo poder-saber como a verdade sobre o sexo.

Para o saber científico, que sustenta e legitima o poder, é simultaneamente por ele sustentado, há dois sexos distintos e opostos. A diferença entre os sexos tem fundamento biológico: os homens são “XY” e as mulheres “XX”. Contudo, a psicanálise e a psicologia

admitem que entre sexo e “verdade” há relações complexas, obscuras, que não seguem a lei, mas são toleradas, embora “insultem a verdade”: homens passivos, mulheres viris, pessoas do mesmo sexo que se relacionam sexualmente. Há em tais casos um erro, uma não adequação à “verdade”, e o melhor seria dissipá-las, porque são “inúteis”. (FOUCAULT, 2004, p. 84-85).

Talvez o conhecimento da existência desses “erros” tenha dado origem ao que Rohden refere como “ciência da diferença”, que se dedica à distinção natural, biológica, pré-determinada entre os sexos, que por sua vez estabeleceria a diversidade de características morais, psicológicas e as funções sociais atribuídas a cada sexo (ROHDEN, 2004, p. 183), às quais se podem acrescentar o desejo e as práticas sexuais. Seria a existência desses erros suficiente para tornar instável a “certeza científica” quanto à diferença entre os sexos?

Na verdade, há uma interdependência entre sexo e gênero: a estabilidade do sexo está vinculada ao gênero, na medida em que os corpos adquirem sua aparência de gênero, mediante a reiterada interpretação de uma série de atos, renovados, revisados e consolidados no tempo (BENTO, 2006, p. 87). O corpo não teria existência significável sem a marca do gênero, como assinala Butler (2003, p. 27). O dimorfismo sexual não decorre, portanto, apenas de uma condição “natural”, biológica. Está no corpo, vale-se dele, mas não é, apenas e necessariamente, determinado pelas características físicas, pois precisa ser estabilizado pelo gênero.

O determinismo biológico não parece suficiente, por essas razões (e todas as outras que foram expostas na tese), para estabelecer a diferença entre os sexos. Por consequência necessária, abala-se a coerência com o gênero que lhe seria correlata, e com maior razão, a “exigibilidade” de um comportamento heterossexual que lhe daria continuidade.

Anne Fausto-Sterling (1992, p. 8) salienta que é impossível, mesmo em teoria, determinar qual fração do comportamento humano é biologicamente baseada. Para a autora, questões irrespondíveis saem do campo das ciências em conjunto e entram no da filosofia e da moralidade.

A pergunta quanto ao motivo pelo qual são constantemente proibidas a descontinuidade e a incoerência entre o gênero - sexo e entre práticas-desejo sexual – parece irrespondível pelo saber científico, conforme se procurou demonstrar neste trabalho. A questão se desloca, assim, para o campo da moralidade, onde se podem encontrar (ou não) as razões mais profundas para a inadequação bioética do processo transexualizador.

O transexual, a partir do momento em que rejeita o sexo que lhe foi atribuído ao nascer com base na sua genitália, e adota o comportamento de um gênero não condizente com seu sexo biológico, não mais se enquadra na matriz cultural que torna o gênero inteligível,

pelo simples fato da descontinuidade entre sexo e gênero. Esta descontinuidade aconteceu com David Reimer, mas em virtude de um acidente cirúrgico, portanto, independentemente do seu querer. No caso do transexual tudo ocorre em razão da sua vontade: o indivíduo conhece a regra que determina a coerência entre sexo e gênero e, deliberadamente, a contraria. Deve ser, portanto, “punido”, como qualquer transgressor das regras sociais e, no caso, morais, já que não há plena justificção científica para tal exigência por parte da sociedade.

Alguns transexuais conseguem “escapar” à punição, e obtêm o reconhecimento do homem ou da mulher que sempre desejaram ser. Não raro, em tais casos, conseguem desaparecer na multidão. Contudo, muitos não têm igual sorte e se emaranham nas teias do poder judiciário, que está encarregado de aplicar a norma e, com freqüência, a “pena” pelo descumprimento da norma, especialmente quando não realizam a cirurgia para adequação da genitália. Trata-se de uma “sanção” de natureza “moral”, como se demonstra a seguir.

A Portaria MS-1.707/2008, ao instituir o processo transexualizador no SUS, permitiu que a integralidade da atenção, não restringisse, nem centralizasse a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização e de demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes. De acordo com o Código de Ética Médica, em vigor, é vedado ao médico: desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida, o que não é o caso aqui. No mesmo sentido, estabelece o novo Código de Ética Médica, a entrar em vigor em abril de 2010. Por conseguinte, o transexual, pelas regras médicas vigentes, tem direito de não realizar a cirurgia de transgenitalização.

Esse direito nada mais é do que uma das formas de expressão da autonomia sobre o próprio corpo, naquilo que concerne ao poder dos indivíduos decidirem sobre sua própria saúde, o que inclui o direito de modificar seu corpo, a seu exclusivo critério, e mesmo de fazer escolhas consideradas não saudáveis pelo poder-saber médico. O respeito à autonomia do paciente não é acatado pelos demais setores da sociedade, especialmente pelo direito, embora a liberdade, que tem na autonomia uma de suas expressões, seja constitucionalmente garantida.

As decisões judiciais que negam o reconhecimento da nova identidade do transexual apresentam variados fundamentos - que podem ser bioeticamente questionados - e atendem às formalidades jurídicas. Contudo, essas decisões têm, na prática, o efeito de uma condenação para o transexual que, sob orientação médica, teve seu corpo transformado, em muitos casos, de modo irreversível.

A falta cometida pela transexual foi grave: se afastou das regras do sistema sexo-gênero e deve ser punido. No caso, acaba sendo duplamente punido. Além da “pena” decorrente da decisão judicial, sofre todas as “pequenas” sanções disciplinares, que se traduzem nos “castigos” impostos pela sociedade, em todos os lugares alcançados pelo poder disciplinar; são penas variadas, desde constrangimentos, humilhações até uma severa discriminação que o confina em um dos muitos guetos destinados aos anormais.

Deve se salientar que a “sanção judicial” (indireta) aplicada ao transexual não é prevista em qualquer lei e vai além do impedimento da modificação do nome e do sexo, uma vez que sem nova qualificação civil, vários dos seus direitos serão retirados. Porém, na verdade, nada é dito diretamente, nada é expreso, múltiplos e imprecisos são os argumentos invocados para aplicação da pena perpétua de negação da identidade, da condenação à vida nua. Estas são as sanções previstas para a infração das normas estabelecidas nos códigos invisíveis, por onde transpiram as regras morais.

Essas “razões” parecem explicar porque o processo transexualizador, proposto para resolver os problemas dos transexuais, possa, em determinadas circunstâncias agravar tais problemas, e gerar efeitos bioeticamente inadequados.

É preciso salientar que o desenvolvimento do biopoder traz como consequência a crescente atuação da norma através do poder judiciário, que cada vez mais se integra no sistema de instituições reguladoras. “Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida”. A biopolítica floresce hoje com uma série de intervenções e controles reguladores da vida, incrementados pela biotecnociência, como em nenhuma outra época. Como adverte Foucault, não deve haver ilusão: vivemos uma fase de regressão jurídica, em que toda elaboração legislativa objetiva apenas tornar aceitável um poder essencialmente normalizador (FOUCAULT, 2006, p. 157).

Como observa SCHRAMM (2009, p. 384), no que se refere à saúde, a biopolítica nas democracias apresenta duas faces: uma positiva, que possibilita o crescimento dos meios que podem garantir a saúde de indivíduos e populações; outra negativa, que é o dispositivo que pode marginalizar e/ou discriminar indivíduos e populações quando considerados de “risco”. Neste caso, as políticas serão ilegítimas, se não “forem dados argumentos cognitivamente cogentes e moralmente justificados para qualquer sujeito competente e imparcial” (SCHRAMM, 2009, p. 384). É através do biopoder que se efetiva o exercício do dispositivo sobre a vida, amplamente entendida. A biopolítica visa implementar e administrar o biopoder, opondo-se, nesse sentido, à bioética, que procura “desconstruí-lo”, ao possibilitar as

condições de resistência e libertação (*empowerment*) dos cidadãos (SCHRAMM, 2009, p. 384).

No caso do transexual, a bioética se apresenta como o último espaço de denúncia dos efeitos perversos que podem resultar do processo transexualizador

Para os que vêm na transexualidade uma loucura que, em todas as suas formas mostra os limites que se impõem ao exercício da liberdade, e uma prova de que, eticamente, “nem tudo é possível sempre” (FRIGNET, 2002, p. 20-21), apresenta-se Estamira¹¹⁴. Sua missão é “revelar a mentira”, porque “não tem mais inocente”. “Eu Estamira sou a visão de cada um. Ninguém pode viver sem Estamira”. Na “sabedoria” de sua loucura, Estamira afirma: “tudo que é imaginário, tem, existe, é”.

¹¹⁴ Estamira, portadora de esquizofrenia, que vive num depósito de lixo (lixão) na cidade do Rio de Janeiro, é o personagem do documentário de igual nome, lançado em 2004. Direção: Marcos Prado. Estúdio/Distribuição: Europa Filmes. Maiores informações em: <<http://www.estamira.com.br>>.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 5. ed. Revisão da tradução e tradução de novos textos Ivone Castilho Benedetti. São Paulo: M. Fontes, 2007.
- AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I**. Tradução Henrique Burigo. Belo Horizonte: UFMG, 2002.
- AÏACH, Pierre. Les voies de la médicalisation. In: AÏACH, Pierre; DELANOË, Daniel. (Dir.). **L'ère de la médicalisation: ecce homo sanitas**. Paris: Economica. 1998. p. 15-36.
- ALBINANTE, Renata. Quebrando preconceitos. **Tribuna dos Advogados**. Dezembro/2006. p. 28.
- ARAN, Márcia. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. **Ágora** (Rio de Janeiro), v. IX, n.1, p. 49-63, jan/jun, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982006000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2009.
- ARISTÓTELES. Económicos, livro 1. [online]: Obras completas de Aristóteles Disponível em: <<http://www.obrasdearistoteles.net/files/volumes/0000000079.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2009.
- ARREGUY, Euclides Etienne M. e SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2005; 51(2): 117-123.
- ATHAYDE, Amanda V. Luna de. Transexualismo masculino. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** São Paulo, v. 45, n. 4, p. 407-414, ago. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2010.
- BARBOZA, Heloisa Helena. Direito dos transexuais à reprodução. In: DIAS, Maria Berenice. **Direito das famílias: Contributo do IBDFAM em homenagem a Rodrigo da Cunha Pereira**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009a. p. 264-279.
- _____. Vulnerabilidade e cuidado: aspectos jurídicos. In: OLIVEIRA, Guilherme de; PEREIRA, Tânia da Silva. **Cuidado e vulnerabilidade**. São Paulo: Editora Atlas, 2009b. p. 106-118.
- BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- _____. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

- BEAUCHAMP, Tom L. e CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.
- BÍBLIA. A.T, Gêneses. Português. **A Bíblia Sagrada, v. I**. Rio de Janeiro: Livros do Brasil, 1962.
- _____. A.T. Gêneses. Português. **A Bíblia Sagrada**. Rio de Janeiro: Bíblia Brasileira, 1988.
- _____. A.T. Gênesis. Português. **A Bíblia Sagrada 2. ed.** Tradução João Ferreira de Almeida. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993.
- BLACKBURN, Simon. **Dicionário Oxford de filosofia**. Consultoria e edição brasileira, Danilo Marcondes. Tradução Desidério Murcho et al. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1997.
- BOZON, Michel. A nova normatividade das condutas sexuais ou a dificuldade de dar coerência às experiências íntimas. In: HEILBORN, Maria Luiza (Org.). **Família e sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004. p. 119-153.
- BRASIL. Código Civil (2002). 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
- _____. Constituição (1988). 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Glossário: Projeto de Terminologia em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 144 p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0644_M.pdf>. Acesso em: 23 set. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18.08.2008. Diário Oficial da União. Brasília, 20 ago. 2008. Disponível em <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html>. Acesso em 10 set. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.227, de 14 de outubro de 2004. Criou o Comitê, coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2227_14_10_2004.html>. Acesso em: 10 set. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 675, de 31 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0675_30_03_2006.html>. Acesso em: 12 set. 2009.

- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_da_populacao_glbt.pdf>. Acesso em: 20 set. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_dst_aids.pdf>. Acesso em: 23 set. 2009.
- _____. Presidência da República. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2009.
- _____. Superior Tribunal de Justiça. Terceira Turma. Recurso Especial n. 1008398-SP, Relatora Min. Nancy Andrigui, Brasília, DF, 15 de outubro de 2009. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?livre=transexual&&b=ACOR&p=true&t=&l=10&i=2>>. Acesso em: 19 jan. 2010.
- _____. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI 3510-DF, Ministro Ayres Britto, Brasília, DF, 29 de maio de 2008. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?numero=185&classe=STA&origem=AP&recurso=0&tipoJulgamento=M>>. Acesso em: 14 out. 2009.
- _____. Supremo Tribunal Federal. Arguição de descumprimento de preceito fundamental – ADPF 54-DF, Ministro Marco Aurélio, Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaAdpf54>>. Acesso em: 14 mar. 2009.
- _____. Supremo Tribunal Federal. Arguição de descumprimento de preceito fundamental – ADPF 178-DF, Ministro Gilmar Mendes, Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp>>. Acesso em 20 fev. 2010.
- _____. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Tutela Antecipada n. 185-2-DF, Ministra Ellen Gracie, Brasília, DF, 10 de dezembro de 2007. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?numero=185&classe=STA&origem=AP&recurso=0&tipoJulgamento=M>>. Acesso em: 20 set. 2009.
- BUTLER, Judith P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- _____. **Undoing gender**. New York: Routledge, 2004.
- CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel. Um ensaio sobre a (in)definição da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni et al. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003. p. 35-43.

- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. Tradução Maria Tereza R. C. Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- CARDOSO, Fernando Luiz. Inversões do papel de gênero: "drag queens", travestismo e transexualismo. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2010.
- CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Tradução Ingrid Müller Xavier. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.
- CASTRO, Paulo Alexandre e. A onto-fenomenologia do mundo em Merleau-Ponty ou o (im)pensado de Husserl. Uma proposta de leitura a partir de O Filósofo e sua Sombra. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 8, n. 2, p. 179-190, 2008. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v8n2/artigos/pdf/v8n2a04.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2009.
- CAVALLINI, Victor. Resenha do livro LIPOVETSKY, Gilles e CHARLES, Sébastien. **Os Tempos Hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2004. Disponível em <http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/index.php/buscalegis/article/view/31850/31105>
- CHOERI, Raul. **O direito à identidade na perspectiva civil-constitucional**. 2008. 254 f. Tese (Doutorado em Direito Civil) – Faculdade de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- CLAM - CENTRO LATINO-AMERICANO EM SEXUALIDADE E DIREITOS HUMANOS (Brasil). Princípios de Yogyakarta. Indonésia, 2006. Disponível em: <http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2010.
- CLASSIFICAÇÃO Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. 10. rev., 2008. v. 1. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2009.
- CONFERÊNCIA NACIONAL LGBT, 2008. Texto-base: Glossário. Disponível em: <<http://www.luizandre.org/textos/textobase.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2009.
- CONRAD, Peter. **The medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: J. Hopkins University, 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Parecer e proposta de resolução PC/CFM/Nº 39/97. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1997/39_1997.htm>. Acesso em: 07 jan. 2010.
- _____. Resolução CFM nº 1.664/2003. Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Disponível

- em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1664_2003.htm>. Acesso em: 02 out. 2009.
- _____. Resolução CFM nº 1.931/2009. Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm>. Acesso em: 02 fev. 2010.
 - CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO. (Brasil). Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf>. Acesso em: 25 set. 2009.
 - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução CNS 196/96 - Disponível em: <<http://conselho.sau.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 20 set. 2009.
 - _____. Resolução CNS 348/05 - Disponível em: <<http://www.ccr.org.br/uploads/noticias/Reso348anencefalia.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2009.
 - CONVENTION for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. Disponível em: <<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/005.doc>>. Acesso em: 20 set. 2009.
 - CORRÊA, Marilena Villela. Sexo, sexualidade e diferença sexual no discurso médico: algumas reflexões. In: LOYOLA, Maria Andréa (Org.). **A sexualidade nas ciências humanas**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.
 - COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**. v. 13, n. 3, p. 5-15, set-dez, 2004.
 - DALL'AGNOL, Darlei. **Bioética: princípios morais e aplicações**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
 - DAMIANI, Durval; GUERRA-JUNIOR, Gil. As novas definições e classificações dos estados intersexuais: o que o Consenso de Chicago contribui para o estado da arte? **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** v. 51, n. 6, p. 1013-1017, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302007000600018>. Acesso em: 15 ago. 2009.
 - DICIONÁRIO Michaelis Moderno – Português/Inglês. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/ingles/index.php?languageText=portugues-ingles>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

- DURAND, Guy. **Introdução geral à bioética**: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: São Camilo – Loyola, 2003.
- ESTAMIRA. Direção: Marcos Prado. Produção de Marcos Prado e José Padilha. Europa Filmes, 2007. 2 DVDs (116min).
- FAUSTO-STERLING, Anne. The five sexes revisited. **Sciences**, July/Aug. v. 40, n. 4, p. 18, 2000. Disponível em: <<http://www.neiu.edu/~lsfuller/5sexesrevisited.htm>>. Acesso em: 12 set. 2009.
- _____. **Myths of gender**: biological theories about women and men, 2nd ed. New York: BasicBooks, 1992.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FOUCAULT, Michel. **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- _____. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. 17. ed. Tradução Maria Tereza da Costa Albuquerque e J. A. Guillon Albuquerque, 2006.
- _____. **História da sexualidade 2**: o uso dos prazeres. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003a.
- _____. **Microfísica do poder**. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003b.
- _____. Naissance de la biopolitique. In: _____. **Resumos dos cursos do Collège de France** (1970-1982). Tradução Andréa Daher, consultoria Roberto Machado. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- _____. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- _____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 35. ed. Tradução Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 2008.
- FRANÇA, R. Limongi (Coord.). **Enciclopédia saraiva do direito**. São Paulo: Saraiva, v. 14, 1977.
- FREUD, Sigmund. Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Rio de Janeiro: Imago, 1972. v. VII.”
- FRIGNET, Henry. **O transexualismo**. Tradução Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2002.

- GAUDENZI, Paula. **Um olhar da bioética sobre o cuidado com a própria saúde no contexto da saúde pública e do exercício do biopoder na atualidade**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. 3. ed. rev. Madrid: Alianza Editorial, 2000.
- _____. **Sociologia**. 4. ed. Tradução Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- GUIMARÃES, Aníbal. **A bioética da proteção e a população transexual feminina**. 2009. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- HARAWAY, Donna. **Simians, cyborgs and women: the reinvention of nature**. New York: Routledge, 1991.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme em France. Rapport, 2009. [Disponível em: <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_894315/situation-actuelle-et-perspectives-devolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france>](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_894315/situation-actuelle-et-perspectives-devolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france). Acesso em: 10 jan. 2010.
- HEILBORN, Maria Luiza *et al.* (Org.). **Sexualidade, família e ethos religioso**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- JORGE, Marco Antonio Coutinho. A teoria freudiana da sexualidade 100 anos depois (1905-2005). *Psychê*, ano XI, n. 20, São Paulo, jan-jun, 2007. p. 29-46.
- KATZ, Jonathan Ned. **A invenção da heterossexualidade**. Tradução Clara Fernandes. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.
- KOTTOW, Miguel. The vulnerable and the susceptible. *Bioethics*, n. 17, p. 460-471, 2003.
- KULICK, Don. **Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil**. Tradução Cesar Gordon. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- LALANDE, André. **Vocabulário técnico e crítico de filosofia**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- LAQUEUR, Thomas Walter. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Tradução Vera Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

- LIMA, Francine. Estou grávida da minha namorada. **Revista Época**, edição nº 565, 20/06/2009. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI64032-15228,00-ESTOU+GRAVIDA+DA+MINHA+NAMORADA.html>>. Acesso em: 15 set. 2009.
- LOYOLA, Maria Andréa. Sexo e sexualidade na antropologia. In: _____. (Org.). **A sexualidade nas ciências humanas**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.
- MACHADO, Roberto. **Foucault, a ciência e o saber**. 3. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.
- _____. Introdução: por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.
- MARTIN, Claude; THÉRY, Irene. The PACS and marriage and cohabitation in France. **International Journal of Law, policy and the Family**. v. 14, n. 3, p. 135-158, 2001. Disponível em: <<http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/99/63/PDF/they.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2010. (ou halshs-00199963, version 1 - 3 Jan 2008)
- MATUS, Jill L. **Unstable Bodies: Victorian Representations of Sexuality and Maternity**. Manchester: Manchester University, 1995.
- MENEZES, Elen Soraia de. **Da informação à formação para a autonomia: o olhar do adolescente sobre a prevenção das DST/AIDS**. 2007. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2007. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/Elen%20Soraia%20de%20Menezes.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2009.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. rev. e aprim. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MORI, Maurizio. A bioética: sua natureza e história. Tradução Fermin Roland Schramm. In: Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Capacitação para Comitês de Ética em Pesquisa – CEPs. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 20-28.
- ORTEGA, Francisco. **O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.
- PEREZ LUÑO, Antonio-Enrique. (Org.) **Teoría del derecho: una concepción de la experiencia jurídica**. 5. ed. Madrid: Tecnos, 2006.
- PERLINGIERI, Pietro. **Manuale di Diritto Civile**. 3. ed. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane, 2002.

- PESSINI, Leo; HOSSNE, William Saad. Fritz Jahar o imperativivo bioético - nas origens da palavra bioética - Editorial. **Revista Bioethikós**, v. 2, p. 7-7, 2008. Disponível em: <<http://sp.br/novo/publicacoes/publicacaoEditorial.php?ID=60&rev=b>>. Acesso em: 10 jan. 2010.
- RECOMMENDATION 1117 (1989) *on the condition of transsexuals*. Disponível em: <<http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta89/erec1117.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2009.
- REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. Tradução Maria do Rosário Gregolin et al. São Carlos: Claraluz, 2005.
- RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do corpo**. 7. ed. rev. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- RODRIGUES, Sérgio Murilo. A relação entre o corpo e o poder em Michel Foucault. **Psicologia em Revista**, v. 9, n. 13, p. 109-124. Disponível em: <http://www.pucminas.br/imagdb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20041214_095245.pdf>. Acesso em: 06 out. 2009.
- ROHDEN, Fabíola. A obsessão da medicina com a questão da diferença entre os sexos. In: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena; CARRARA, Sérgio (Org.). **Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 183-196.
- SARAIVA, F.R. dos Santos. (Org.). **Dicionário latino-português**. 10. ed. Rio de Janeiro: Garnier, 1993.
- SCHRAMM, Fermin Roland. A autonomia difícil. **Bioética**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 27-37, 1998.
- _____. A bioética da proteção em saúde pública. In: FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. (Org.). **Bioética e saúde pública**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004. p. 71-84.
- _____. A moralidade da transexualidade: aspectos bioéticos. In: JORNADA SOBRE “TRANSEXUALIDADE E SAÚDE: A ASSISTÊNCIA PÚBLICA NO BRASIL”, I, Rio de Janeiro, 2005a. Mimeografado.
- _____. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 2, p. 187-201, 2006a.
- _____. Atenção médica transplante de órgãos e tecidos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1945-1953, set, 2006b.
- _____. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008.

- _____. Cuidados em saúde da mulher e da criança, proteção e autonomia. In: SCHRAMM, Fermin Roland; BRAZ, Marlene. (Org.). **Bioética e saúde**. Novos tempos para mulheres e crianças? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005b. p. 39-65.
- _____. Nihilismo tecnocientífico, holismo moral e a ‘bioética global’ de V.R. Potter. **História Ciências Saúde, Manguinhos**, IV(I): 95-115, 1997.
- _____. O uso problemático do conceito “vida” em bioética e suas interfaces com a práxis biopolítica e os dispositivos de biopoder. **Revista Bioética**, v. 17, n. 3, p. 377-389, 2009.
- _____. Os princípios da bioética. In: SEGRE, Marco. (Org.). **A questão ética e a saúde humana**. 1. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Atheneu, 2005c, v. 1, p. 17-30.
- _____. Paradigma bio-tecnocientífico e paradigma bioético. In: ODA, Leila M. (Org.). **Biosafety of transgenic organisms in human health products**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 109-127.
- _____.; KOTTOW, Miguel. Bioética y biotecnología: lo humano entre dos paradigmas. **Acta Bioethica**, año VII, n. 2, p. 259-267, 2001.
- _____.; PALÁCIOS, Marisa; REGO, Sergio. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 361-370, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n2/a11v13n2.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2009.
- _____.; PONTES, Carlos Antonio Alves. Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1319-1327, set-out, 2004.
- SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS (Brasil). **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT** – lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/sedh/homofobia/planolgbt.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2009.
- SEGRE, Marcos; SILVA, Franklin Leopoldo e; SCHRAMM, Fermin Roland. O Contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. **Revista Bioética**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 15-23, 1998. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/bioetica/index.php?selecionaRevista=11&opcao=revista>>. Acesso em: 17 out. 2009.
- SPINK, Mary Jane P. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 18-27, jan./abr., 2007.
- SUTTER, Matilde Josefina. **Determinação e mudança de sexo**: aspectos médico-legais. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1993.

- SZASZ, Thomas. **The medicalization of everyday life**: selected essays. Syracuse, NY: Syracuse University, 2007.
- TRANSAMERICA. Direção: Duncan Tucker. Produção de Rene Bastian, Sebastian Dungan, Linda Moran. Nova York: Belladonna Productions LLC, 2005. 1 DVD (103min).
- VANCE, Carol. A antropologia redescobre a sexualidade. **Physis** – Revista de Saúde Coletiva, v. 5, n. 1, p. 7-31, 1995.
- VENTURA, Miriam. **Transexualismo e respeito à autonomia**: um estudo bioético dos aspectos jurídicos e de saúde da “terapia para mudança de sexo”. 2007. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. (Org.). **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2000.

Notícias Consultadas

- <http://1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u579133.shtml>
- <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/ft2505200708.htm>
- http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2008/04/080418_sueco_pu.shtml
- http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2008/03/080327_transexualgravid_o_ba.shtml
- <http://g1.globo.com/noticias/mundo>
- <http://g1.globo.com/Noticias/Mundo/0,,MUL535442-5602,00.html>
- <http://noticias.uol.com.br>
- <http://noticias.uol.com.br/midiaglobal/elpais/2008/09/30/ult581u2813.jhtm>
- http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=43317
- <http://colunistas.ig.com.br/obutecodanet/2009/10/16/garoto-de-8-anos-e-transexual-e-fara-mudanca-de-sexo/>

- <http://www.nydailynews.com/news/world/2010/01/26/2010-01-26-meet-the-worlds-second-pregnant-man-scott-moore-expecting-baby-miles-in-february.html>
- <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/declassification-de-la-transsexualite-de-la-categorie-affection-de-longue-duree-ald-23-affections-psychiatriques-de-longue-duree.html>

Sites Consultados

- <http://portalmedico.org.br>
- <http://bvsmms.saude.gov.br>
- <http://saude.gov.br>
- <http://www.presidencia.gov.br/sedh>
- <http://www.ccr.org.br>
- <http://www.bbc.co.uk/portuguese>
- <http://www.uol.com.br>
- <http://www.stf.jus.br>
- <http://www.ilga-portugal.pt>
- <http://www.clam.org.br>
- <http://www.transamerica-movie.com>
- <http://www.estamira.com.br>
- <http://hal.archives-ouvertes.fr>
- <http://www.bostonmedicalgroup.com.br/saude-sexual-masculina.php>
- <http://www.gendercare.com/>
- <http://www.transgendercare.com/electrolysis/index.htm>

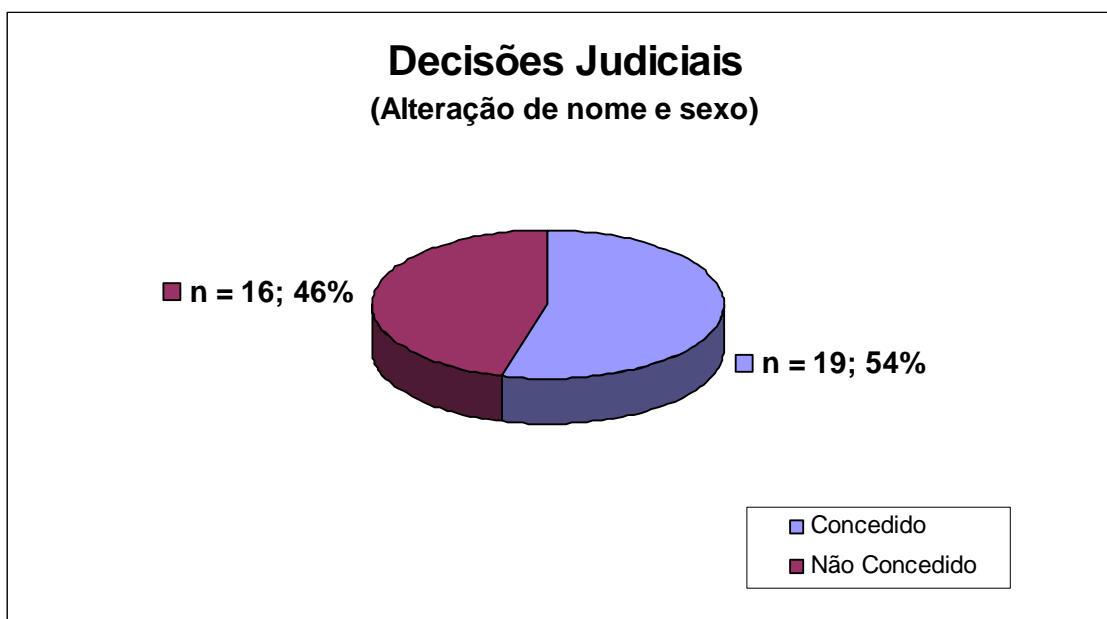
- <http://gendercare1.blogspot.com/2009/03/fractalidade-cig-5.html>
- <http://saude.hsw.uol.com.br/troca-de-sexo.htm>
- <http://www.casadamaite.com/node/161>
- <http://www.simonboasfalas.com.br/mudanca-voz-transexuais.html>;
- <http://ai.eecs.umich.edu/~mirror/FFS/LynnsFFS-PT.html>
- <http://letras.terra.com.br/belchior/44451/>

ANEXO

DADOS DE JURISPRUDÊNCIA – FREQUÊNCIAS

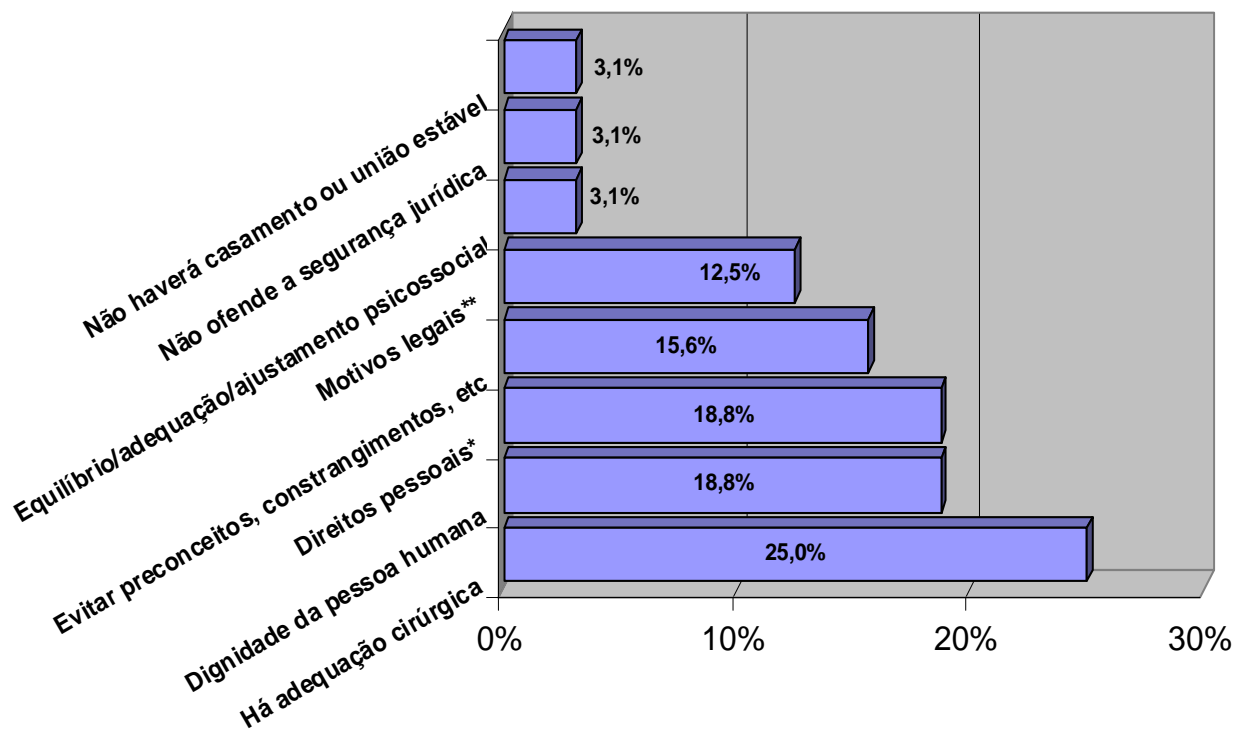
Total de decisões: 35

- Decisões que autorizam mudança do nome e do sexo: 19 (n)
- Decisões que NÃO autorizam a mudança do nome e do sexo: 16 (n)



MOTIVOS DAS DECISÕES - FREQUÊNCIAS (I)

Distribuição % dos motivos
32 motivos: em 19 pedidos concedidos

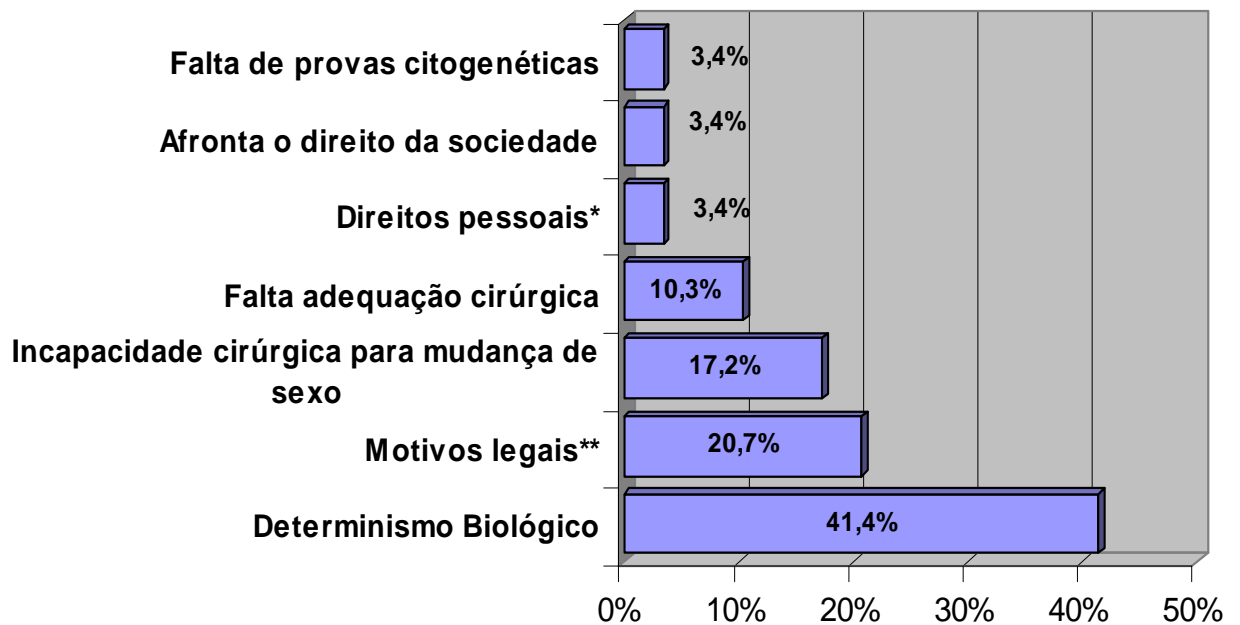


* Categoria que engloba direito à intimidade, privacidade, personalidade, honra, imagem, cidadania, vida e felicidade.

** Categoria ampla que engloba referência a uma lei ou aspecto legal específico.

MOTIVOS DAS DECISÕES - FREQUÊNCIAS (II)

Distribuição % dos motivos
29 motivos: em 16 pedidos não concedidos



* Categoria que engloba direito à intimidade, privacidade, personalidade, honra, imagem, cidadania, vida e felicidade.

** Categoria ampla que engloba referência a uma lei ou aspecto legal específico.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)