

Seção Entrevistas

A DESPATOLOGIZAÇÃO DAS IDENTIDADES TRANS: QUESTÕES E DESAFIOS NA ATUALIDADE

Tatiana Lionço

Doutora em Psicologia e Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Tatiana Lionço participou diretamente da construção de marcos de garantia de direitos para transexuais no Brasil, como a normativa “Processo Transexualizador do SUS” e “Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans”. Atualmente, é coordenadora do Núcleo de Estudos da Diversidade Sexual e de Gênero do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da UnB. Tem se dedicado a estudos sobre incidência do fundamentalismo religioso na política nacional, redes de proteção para comunidades LGBT universitárias e relações entre gênero, sexualidades e processos de subjetivação.

Epos: Você participou ativamente do processo que culminou na “Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans”, emitida em 2013 pelo Conselho Federal de Psicologia. Sobre a questão da despatologização das identidades trans na Psicologia, como a Psicanálise pode contribuir para a problematização do discurso que ainda recai sobre a noção de *verdade sobre o sexo* ou sobre a verdade das identidades de gênero?

Tatiana: A construção da “Nota Técnica” se fez necessária após o envolvimento também no processo de regulamentação da assistência a transexuais no “Processo Transexualizador do SUS”, que se organizou em torno da normativa do Conselho Federal de Medicina sobre as condições de viabilidade das modificações corporais para pessoas trans. Isso decorreu em um impasse político e epistemológico, já que a resolução do CFM prevê atribuições para profissionais de Psicologia, entre as quais o psicodiagnóstico e a psicoterapia compulsória por, ao menos, dois anos, sem que a Psicologia tenha se posicionado a respeito do modo como entende que pode contribuir para o processo de assistência a transexuais na saúde. A “Nota Técnica”, portanto, foi uma resposta histórica que pretendeu desestabilizar a lógica psicopatológica implicada na normativa da Medicina, bem como tensionar a

pretensão médica de designação de atribuições a demais profissionais da saúde. É como se o Ato Médico estivesse em vigência, embora não legalmente, mas na representação da hegemonia de autoridade da Medicina sobre a questão da transexualidade. Profissionais de Psicologia e pesquisadoras passaram a dialogar permanentemente com os movimentos sociais, dando ênfase às críticas que a própria comunidade trans apresenta sobre as normas que regulam o acesso a direitos, sendo que a “Nota Técnica” foi efeito de amplos debates, como é o caso do Seminário “Identidades Trans e Políticas Públicas de Saúde: contribuições da Psicologia”, realizado pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, em 2013, a partir do qual se instituiu um grupo de trabalho para elaborar o documento. Um dos consensos entre participantes deste debate ampliado é o de que a transexualidade não configura estrutura psíquica, não remetendo a psicodinâmica própria e, portanto, sendo avessa a tentativas de categorização, como psicopatologia, na perspectiva psicológica. Há ampla variedade de modos de subjetivação entre pessoas trans, sendo um dos principais determinantes do sofrimento psíquico a atribuição de patologia à condição subjetiva, desconsiderando aspectos sociais, institucionais e políticos que reiteram a atribuição de anormalidade à transexualidade. Trata-se de uma arbitrariedade qualificar a transexualidade como doença mental, e, curiosamente, a própria Medicina Psiquiátrica o sabe, pois estabelece como critério diagnóstico diferencial a não ocorrência de outros transtornos mentais. A exclusão da condição delirante é um dos elementos que constitui a produção discursiva sobre a “psicopatologia transexualismo” desde as origens da construção da suposta doença, de David Cauldwell a Harry Benjamin e Robert Stoller. Dessa forma, a “Nota Técnica” afirma que a transexualidade não é transtorno mental, embora afirme que a pessoa transexual, como qualquer outro sujeito, pode apresentar sofrimento psíquico grave passível de enquadramento em classificações psicopatológicas variadas. Tal afirmação foi incluída para enfrentar o critério de exclusão de pessoas transexuais dos processos de assistência ao apresentar outro transtorno mental, como afirma a normativa da Medicina, o que excluiria várias pessoas transexuais de processos de assistência à saúde específicos para modificações corporais. A questão é criticar a banalização da atribuição de incapacidade a pessoas que de fato apresentem sofrimento psíquico grave na

lógica das psicopatologias e primar pela compreensão de que o acesso a procedimentos biomédicos pode ser decidido por sujeitos ainda que apresentem o que a Medicina entende por “outros transtornos mentais”. Um sujeito com transtorno de pânico e ansiedade poderia fazer uso de medicação hormonal e intervenções cirúrgicas? Da mesma forma, um sujeito que já passou por depressão grave poderia vir a decidir sobre modificações corporais irreversíveis? Tais normas excludentes visam ao reconhecimento de um tipo psicológico que não existe: a pessoa transexual pode apresentar diversos sofrimentos psíquicos, assim como sujeitos cisgêneros, assim como pode haver uma pessoa transexual para a qual a condição corporal não é necessariamente o principal motor de sofrimento como descrito pela Medicina Psiquiátrica, sequer demandando as chamadas cirurgias reparadoras. Esta digressão é importante para retornar ao ponto exato da pergunta: como a Psicanálise pode contribuir para a despatologização das identidades trans? Entendo que a Psicanálise não se dedica com o mesmo esforço ao afirmar que não coincide com a Psiquiatria da mesma forma que o faz em sua diferenciação em relação à Psicologia. Muito se afirma que a Psicanálise não é Psicologia, mas menos se posiciona que também não é o mesmo que a Psiquiatria. Muito curiosamente, psicanalistas aderem acriticamente à terminologia psiquiátrica do “transexualismo” e é importante mencionar que a própria Psicanálise participou muito ativamente da construção de retóricas patologizadoras sobre a transexualidade, antecipando-se a pensar a transexualidade como psicose ou perversão. É interessante notar a literalidade adotada por tais psicanalistas sobre a diferença sexual: reduzem a complexidade do enigma da diferença entre os sexos como fato biológico e/ou anatômico incontornável, como se soubessem a verdade sobre a diferença sexual. Se a Psicanálise afirma saber a verdade do sexo ou da diferença sexual, algo fundamental se perde: a genitália não desvela o enigma da diferença e sequer a afirmação freudiana de que a anatomia seria destino necessariamente deva ser compreendida como a supremacia da genitália de uma pessoa sobre seu destino de subjetivação. A transexualidade é oportunidade para a Psicanálise relançar a questão sobre a diferença sexual, e não condição para que afirme saber derradeiramente algo sobre tal enigma que funda os processos de subjetivação na lógica da psicosexualidade. Por

isso, a Psicanálise pode vir a contribuir desde que saiba menos, ou seja, desde que se lance novamente ao fundamento da produção de conhecimento em Psicanálise: é preciso escutar o sujeito e a partir deste saber construir caminhos de produção de sentido sobre impasses e possibilidades subjetivas. O que as pessoas trans têm a dizer? Em linhas gerais, que reconhecem um estranhamento entre a expectativa que os outros fazem delas mesmas, pois o universo simbólico tem sido reduzido à anatomia sexuada. Com isso, quero dizer que compartilhamos significantes e sentidos em um mundo simbólico comum e que é arbitrário exigir que cada sujeito apenas acione significantes alinhados a sua anatomia sexuada. Somos também seres representacionais, sendo que as pessoas trans reivindicam certa democratização de acesso ao simbólico, ou seja, que não haja cerceamento no acesso a signos com os quais se identificar, que a genitália não seja justificativa para o cerceamento das possibilidades representacionais sobre si e sobre a humanidade. Talvez a Psicanálise pudesse colaborar bastante para a reflexão sobre os impasses da cisgeneridade, contribuindo para a consideração da sinuosidade dos processos identificatórios e dos diferentes mecanismos que levam sujeitos a recalcar identificações a partir da adesão a normas sociais e, portanto, simbólicas.

Epos: Em publicação anterior,¹ você afirma que o processo transexualizador se tornou um dispositivo de alta complexidade e regulação do acesso a cirurgias e não um serviço de atenção integral à saúde de pessoas trans. Você poderia falar um pouco mais a respeito?

Tatiana: A questão pode ser entendida como um problema de gestão: o Ministério da Saúde decidiu, em 2008, quando da regulamentação do “Processo Transexualizador”, e manteve a decisão até hoje, que as estratégias de cuidado deveriam se referir à normativa do Conselho Federal de Medicina. Isso significa que o conjunto de procedimentos implicados no “Processo Transexualizador” se restringiu a prover as condições de readequação do corpo somático à identidade de gênero, condicionando uma série de procedimentos à centralidade das modificações corporais e procedimentos biomédicos. A própria psicoterapia compulsória está remetida à intervenção biomédica: visaria garantir melhores condições para que profissionais de Medicina não viessem a sofrer processos,

como se fosse possível evitar arrependimentos. Erros médicos são passíveis de processo, e o caminho para garantir ética profissional é o esclarecimento sobre riscos e benefícios implicados em procedimentos. Ainda, é importante notar que outras instituições, que não as originalmente credenciadas como centros de referência do “Processo Transexualizador”, passaram a oferecer serviços na lógica da integralidade do cuidado, com exceção dos procedimentos cirúrgicos de transgenitalização, como foi o caso do ambulatório de atenção a travestis e transexuais em São Paulo e o ambulatório de Uberlândia. Felizmente, o Ministério da Saúde passou a reconhecer esses serviços e outros que surgiram depois como parte de uma rede de atenção a transexuais na saúde pública, e é importante mencionar que tais serviços tensionam a lógica do “Processo Transexualizador” por oferecerem estratégias de cuidado que não se restringem às modificações corporais e acompanhamento da tomada de decisão sobre tais medidas biomédicas. Os debates sobre atenção à saúde de transexuais no SUS iniciaram em 2005, sendo que as reuniões técnicas já pautavam a crítica à patologização e a necessidade de não exclusão de travestis dos serviços. Houve uma centralidade da lógica médica nos encaminhamentos, e o Departamento de Apoio à Gestão Participativa parece ter conferido maior relevância à lógica do Departamento de Atenção Especializada na construção da normativa, que propunha um paralelo entre transgenitalização e cirurgias bariátricas. O que menos precisamos é que a atenção à saúde de transexuais, na lógica do acesso às cirurgias, seja como o processo das cirurgias bariátricas, que muitas vezes consideram protocolarmente a assistência psicoterapêutica compulsória sem oferecer condições para que as pessoas tomem decisões sobre si e seus corpos para além da promessa de solução de problemas psicossociais por meio de intervenção cirúrgica. Podemos entender isso como uma questão de medicalização da vida, de redução de questões complexas, com determinantes sociais e psíquicos, a questões redutíveis à dimensão orgânica e biológica. Evidentemente, a oferta de procedimentos biomédicos é importante, pois muitas pessoas trans desejam modificações corporais, mas a questão é quais critérios deveriam ser levados em consideração no acesso a esses procedimentos, e a autonomia parece não ser o principal fator de decisão, o que é sintomático de uma cultura patologizadora, na qual quem teria o poder de decisão sobre os procedimentos seria o profissional de saúde e não o próprio sujeito demandante.

Muitas violências decorrem desta lógica, como o da avaliação existencial dos sujeitos, que passam a compulsoriamente se expor ao escrutínio alheio sobre quem são, o que necessitam e o que podem ou não dispor no que se refere ao acesso às tecnologias. Um serviço focado na lógica da doença não é um serviço apto a ser reconhecido como dispositivo de integralidade no cuidado à saúde, pois exclui demandas de promoção da saúde e de prevenção de agravos evitáveis que só podem vir a ser atendidas desde que os sujeitos passem a protagonizar o enunciado sobre o que é importante considerar, sobre os modos de vida e sobre as direções de um cuidado humanizado e que considere os determinantes sociais. Assistência social é fundamental, apoio à mobilização pela garantia do direito à saúde é fundamental, considerar de modo não moralista os efeitos e necessidades da prostituição, da exclusão do mercado de trabalho, da ruptura dos laços familiares e socioinstitucionais, tudo isso é fundamental ao cuidado integral à saúde, que ultrapassa muito a dinâmica de emissão de laudos e encaminhamentos para centro cirúrgico. Na “Nota Técnica” do CFP afirmamos inclusive que não necessariamente o que a Psicologia teria a oferecer no serviço de saúde é a psicoterapia e avaliação psicodiagnóstica, podendo abranger inúmeras estratégias de intervenção, como educação popular em saúde, mediação de conflitos, grupos de convivência etc.

Epos: Quais são as principais polêmicas e adversidades do debate da despatologização das identidades transexuais e travestis no contexto brasileiro? Você considera que, apesar dos esforços/embates e das conquistas dos campos acadêmicos e de movimentos sociais, a incidência da heteronormatividade e do binarismo de gênero ainda é um fator limitador da democratização da política de saúde voltada a transexuais e travestis, especialmente no momento político em que estamos vivendo?

Tatiana: A Psicologia brasileira tem contribuído para os esforços pela despatologização das identidades trans por meio de campanhas e também da “Nota Técnica” mencionada. Precisamos avançar na construção de uma resolução nos moldes da “Resolução 01/99”, que veta a patologização e tratamentos normalizadores sobre a homossexualidade, primando pelo reconhecimento da legitimidade das subjetividades trans e pela autonomia de

tais sujeitos, considerando ampla variedade corporal e subjetiva e, portanto, recusando orientar a assistência por um viés normalizador, efeito da lógica patologizadora. Sabemos que a “Resolução 01/99” está sob fortes ataques de fundamentalistas religiosos no Congresso Nacional, assim como estão atacando normativas que garantem o uso do nome social para travestis e transexuais na administração pública. A melhor resposta a esses ataques é não nos restringirmos a reafirmar os avanços já conquistados, mas efetivamente tensionarmos o retrocesso por meio da proposição de novos marcos, como seria o caso de uma resolução do CFP sobre transexualidade. A grande diferença entre a “Nota Técnica” e a “Resolução” é que a nota apenas orienta, mas não implica fiscalização, como a resolução, que estabelece uma norma que deve necessariamente ser cumprida sob pena de representação de violação ética. Acredito que uma das maiores dificuldades do debate sobre despatologização das identidades trans no Brasil seja a adesão acrítica a referenciais teóricos do norte² e que não são os melhores argumentos a ser adotados no cenário nacional. Uma das principais referências no debate sobre despatologização é o texto de Judith Butler, do livro *Undoing Gender*, em que ela afirma que a patologização é, ao mesmo tempo, determinante de preconceito e estratégia de acesso à assistência à saúde. Isso é uma realidade no contexto norte-americano, pois eles não dispõem de um sistema democrático de assistência pública à saúde e condicionam o acesso a serviços de saúde a uma sigla de doença, como constante nos manuais diagnósticos da Medicina. No Brasil, nós não precisamos de um código ou classificação de doença para justificar acesso ao SUS. Precisamos defender o SUS, e uma das formas de reivindicação do caráter democrático e revolucionário de nossa saúde pública poderia ser justamente a despatologização das identidades trans como fundamento de uma rede de atenção à saúde integral para pessoas trans, travestis, não binárias, intersexo e tantas outras subjetividades e corporeidades que não precisariam estar descritas como doença em manual algum. Esta seria a nossa potência. Em 2013, foi realizado um seminário para revisão da portaria do “Processo Transexualizador”. Na ocasião, o Ministério da Saúde, por meio do DAGEP, explicitou que a despatologização não estava na pauta, embora a participação social seja princípio do SUS, ou seja, não é a gestão que diz o que é para ser considerado, mas a sociedade civil é ator fundamental na proposição de políticas públicas de

saúde. Estávamos ali, em 2013, após três anos de conquista da mudança da resolução da Medicina, que retirou o caráter experimental das cirurgias de mastectomia e de histerectomia para homens trans. Veja bem: fomos nós que impulsionamos a mudança da resolução do CFM, o Alexandre Peixe dos Santos, que é um dos primeiros homens trans no ativismo do Brasil, a Flávia Teixeira, a Márcia Arán, eu mesma. Um grupo de pesquisadoras e um homem trans que reivindicaram, via Ministério Público, que a resolução do CFM fosse retificada porque mastectomia e histerectomia só eram experimentais para homens trans, logo, de modo discriminatório. Conquistamos a mudança porque estávamos cientes de que a portaria do Ministério da Saúde excluía homens trans em função do centralismo da lógica médica e da resolução do CFM em todo o processo. O Ministério da Saúde levou então três anos para retornar à pauta, e ainda dizendo que não era hora de falarmos de despatologização, embora fôssemos nós que viabilizamos inclusive este passo, à frente do próprio Ministério da Saúde. Por isso, volto a dizer que a questão é problema de gestão. Teria sido possível o Brasil protagonizar a proposição de uma estratégia de cuidado não patologizadora para pessoas trans, mas o centralismo na retórica médica não permitiu. O que precisamos considerar é que não há elemento algum da Lei Orgânica da Saúde e das normativas do SUS que legitimem a centralidade da Medicina na decisão sobre fenômenos complexos de saúde e de adoecimento, a não ser na perspectiva de gestores e profissionais de saúde pouco comprometidos com os princípios do SUS e com preceitos da saúde coletiva. Sobre a heteronormatividade e binarismo de gênero, é necessário reconhecer que são exatamente os determinantes da lógica patologizadora sobre a travestilidade e a transexualidade. Recentemente, estive em mais uma banca de pós-graduação sobre assistência à saúde de transexuais, em que uma pessoa relata em entrevista que escutou de profissional de saúde que na verdade não seria transexual devido ao seu modo de vestir e práticas sexuais. Estamos falando sobre um processo de regulação moral em que as pessoas transexuais estão sujeitas à avaliação sobre seu modo de vestir e de namorar, ou seja, estamos falando sobre um processo brutal de cerceamento de liberdade e de regulação das apropriações singulares de signos de feminilidade e de masculinidade. Esta história tem se repetido há muitos anos, a despeito da produção de conhecimento e dos esforços políticos pela despatologização,

sobretudo protagonizados pelas pessoas trans, mas também por pessoas aliadas à causa. Existe uma distância muito grande entre o debate acadêmico e dos movimentos sociais e a atuação de profissionais de saúde na ponta, que apenas minoritariamente coincidem. Há um vácuo entre os debates públicos e a atuação profissional na ponta. Além disso, profissionais bem intencionados podem vir a buscar conhecimentos e encontrar exatamente narrativas patologizadoras presentes na oferta do mercado editorial, como livros de psicanalistas e outros supostos especialistas estrangeiros traduzidos para o português etc. Não há necessariamente uma cultura de atualização epistemológica e há muito material bibliográfico bom que não dispõe de uma boa distribuição do ponto de vista do mercado editorial. Há excelentes reflexões acadêmicas protagonizadas por pessoas trans sobre saúde, como os textos de Guilherme de Almeida e Benjamim Braga Neves, mas talvez profissionais de saúde não tenham a oportunidade de acessar essas referências em seus cursos de formação de base ou mesmo quando visitam uma livraria para acessar conhecimento. A academia está muito fechada em si mesma e precisa rever suas estratégias de democratização do acesso ao conhecimento.

Epos: A academia e os movimentos sociais – homens e mulheres trans – têm sublinhado o quanto os vieses biomédico e psiquiátrico têm sido nodais no acesso (ou justamente no não acesso) da população trans aos serviços de saúde, especialmente em torno da questão da psiquiatrização da sexualidade. Qual a importância da Bioética nesse contexto?

Tatiana: A Bioética e a Saúde Coletiva são campos disciplinares estratégicos neste debate, pois se constituíram no e pelo esforço interdisciplinar, mas também no reconhecimento de epistemologias não hegemônicas nas tomadas de decisão em saúde. A Bioética tem muito a contribuir para a revisão da lógica da relação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, delegando aos usuários a autonomia sobre escolhas procedimentais, evidentemente partindo de ampla responsabilidade profissional na informação sobre riscos e benefícios dos procedimentos. Trata-se de um deslocamento de foco, sendo o fundamental o próprio sujeito como protagonista de sua história e das decisões sobre seu corpo e sobre as medidas a ser tomadas para reduzir sofrimento e/ou aumentar a

qualidade de vida. Por sua vez, a Saúde Coletiva contribui muito por meio do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde e da lógica interdisciplinar requerida para um trabalho de construção de redes de cuidado materializáveis em territórios e em contextos culturais específicos. Ambos os campos de conhecimento podem contribuir para a superação da atribuição de passividade ao sujeito que é objeto de intervenções em saúde, conferindo ao mesmo o caráter de protagonista, sendo fundamental a escuta como primeira medida ética em qualquer atendimento em saúde.

Notas

¹ Referência ao artigo “Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios”, encontrado em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n1/v19n1a04.pdf>>, cujos argumentos também foram relançados na entrevista da Unisinos, “O ideal de corpo sexuado e a normatização da vida: binarismo de gênero X despatologização das identidades trans e travestis”. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/557955-o-ideal-de-corpo-sexuado-e-a-normatizacao-da-vida-binarismo-de-genero-x-despatologizacao-das-identidades-trans-e-travestis-entrevista-especial-com-tatiana-lionco>>.

² Tatiana Lionço se refere às epistemologias do norte, como as oriundas dos EUA e Europa.