

A experiência da hormonioterapia das transexuais em Maceió/AL.

Anne Rafaele Telmira Santos*

Resumo: Este artigo trata da experiência de transexuais acerca da hormonioterapia. Parte de um recorte de uma pesquisa de monografia, que teve como eixo a discussão da saúde através do Núcleo Interinstitucional de Apoio aos Transexuais no Estado de Alagoas (NIAT/AL). Com o objetivo de compreender como era o seu funcionamento, os relatos das transexuais que participaram do núcleo e do imaginário daquelas que gostariam que o NIAT fosse reaberto, buscou-se compreender como a experiência de transexualidade, hormonioterapia e SUS se dão através construção do corpo. Todos os dados presentes neste artigo foram levantados através da etnografia, análises de documentos e legislações e entrevistas semiestruturadas. Faz parte de uma monografia em Ciências Sociais, realizadas entre o período de 2010 e 2012 priorizando a abordagem antropológica.

Palavras-chave: Transexualidade; Hormonioterapia; SUS.

Abstract: When pervade the study of gender and the requalification about health, this article deals with the experience of transsexuals on hormonotherapy. Part of a part of a research monograph, which was the cornerstone of the discussion of health by the Interinstitutional Center for Transgender Support to the State of Alagoas (NIAT / AL). In order to understand how his operation, the accounts of transsexuals who participated in it and the imagination of those who would like NIAT be reopened, we sought to understand how the experience of transsexuality, hormone therapy, and SUS are through body construction. All information in this article were collected through ethnography, analysis of documents and laws and semistructured interviews. It is part of a monograph in Social Sciences, held in the period between 2010 and 2012 prioritizing the anthropological approach.

Keywords: Transsexuality; Hormonotherapy; SUS.

* Mestranda em Psicologia (UFMG); Bacharel em Ciências Sociais (UFAL) e Psicologia (CESMAC). Integrante do Núcleo de estudos em Gênero, Saúde e Direitos Humanos – Mandacaru/UFAL. E-mail: annerafa_2@hotmail.com

Introdução

O presente artigo aborda o uso de hormônios na construção do corpo de seis transexuais femininas. É um recorte do trabalho de conclusão de curso em Ciências Sociais no qual foi analisada a temática da transexualidade e saúde tendo como referência o Núcleo Interinstitucional de Apoio aos Transexuais no Estado de Alagoas (NIAT/AL). A pesquisa teve a participação de seis transexuais femininas: Zorah, Lulia, Helena, Thaléia, Zandra e Myra – das quais as três primeiras participaram do NIAT e relataram experiências um tanto diferenciadas em relação às demais interlocutoras.

A partir de uma abordagem antropológica, a pesquisa foi realizada entre 2010 e 2012 e teve como metodologia a etnografia. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, onde eram abordados assuntos acerca da experiência transexual e a relação com o serviço de saúde. Foi subsidiada também por revisão bibliográfica, bem como as resoluções acerca da transexualidade no contexto da saúde. A história do NIAT foi relatada por dois/duas interlocutores/as da equipe de saúde e as transexuais que participaram na época, assim como dois militantes gays que atuam até hoje no cenário LGBTTT. Também tive acesso aos documentos cedidos pelo Hospital Universitário Alberto Antunes (HUPAA/AL) a fim de traçar o panorama do serviço oferecido pelo NIAT. O acesso aos interlocutores foi através da rede de contatos, iniciada no HUPAA/AL e duas instituições do movimento social de Maceió/AL.

Neste artigo serão demonstrados aspectos referentes ao percurso do NIAT, entendendo como era o seu funcionamento enquanto serviço de apoio aos transexuais. Em seguida será abordada a relação dos hormônios enquanto “dose ideal” e suas nuances na vida das interlocutoras, bem como suas estratégias e início do autotratamento. Logo após aborda as questões relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e suas estratégias de apoio e inserção das/os transexuais na saúde.

A análise desenvolvida se propôs a seguir algumas ideias partindo da teoria *queer*. No Brasil, esta teoria foi evidenciada e difundida através da tradução da obra de Judith Butler na década de 90. De acordo com Richard Miskolci, (2011) sua inauguração como marco pode ser estabelecida em 2001, quando Guacira Lopes Louro publicou, na Revista Estudos Feminista, o artigo Teoria *queer*: uma política pós-identitária para a educação (MISKOLCI, 2011, p. 38). Neste artigo, Louro faz um texto introdutório do que seria a teoria *queer*, demonstrando que ela partiu de pressupostos dos dispositivos de poder de Michael Foucault, das ideias de Judith Butler e do desconstrutivismo de Derrida, com o intuito de lograr as ideias *queer* nos currículos educacionais. Segundo Louro (2001), o termo *queer* pode ter a tradução de estranho, talvez ridículo, excêntrico, raro, extraordinário.

O termo *queer*, antes empregado de maneira pejorativa em relação a todas as categorias LGBTTT é tido atualmente como uma resignificação, representando a diferença que não quer ser assimilada ou tolerada pela heteronormatividade. E, tornando sua forma de ação, é muito mais transgressiva e perturbadora. É nesta ideia que se baseia a desconstrução do significado,

colocando o termo como algo político, que reivindica o desmanche do pressuposto binário. De acordo com Butler:

Supondo por um momento a estabilidade do sistema binário, não decorre daí que a construção de 'homens' aplique-se exclusivamente a corpos masculinos, ou que o termo 'mulheres' interprete somente corpos femininos. Além disso, mesmo que os sexos pareçam não problematicamente binários em sua morfologia e constituição, não há razão para supor que os gêneros também devam permanecer em número de dois (2003, p. 24).

É partindo destes pressupostos de desconstrução que coloco os significados e atributos emergidos em campo. Também através das leituras de textos antropológicos e dos discursos políticos oriundos acerca da transexualidade e sua relação com a saúde.

A transexualidade aqui é entendida enquanto experiência e não como patologia. O DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais) coloca as/os transexuais como pessoas que possuem um transtorno de identidade ou disforia de identidade de gênero ou disforia geriforme, ou na definição do CID-10 (Código Internacional de Doenças), onde ocupa o número CID- 10- f.64.0, conhecida como um Transtorno da Identidade Sexual.

Dentro destes parâmetros dos protocolos médicos se inserem alguns serviços de atenção aos transexuais, que desejam fazer a cirurgia de mudança de sexo e/ou apenas modificar seu corpo através dos hormônios que esses espaços concedem. Para entender como essas questões se inserem no presente trabalho, torna-se necessário uma breve descrição histórica das resoluções e portarias acerca do processo da inclusão da transexualidade no contexto da saúde no Brasil.

O discurso médico de uma forma geral apresenta a intenção de padronizar o conceito de normal – se é que existe –, colocando como referência a dicotomia de gênero. As/os transexuais são excluídas/os dos parâmetros sociais ditos normais, pois não entram em nenhuma categoria de gênero socialmente aceita, colocando-as/os como corpos abjetos (Butler, 2003). Ou seja, corpos estranhos, que causam repulsa e exclusão, daí a tentativa de normatização através das tecnologias médicas.

A cirurgia de mudança de sexo, garantida por lei aos transexuais, é aprovada em 1997 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Na resolução nº 1482/97, de início a título experimental, apenas podiam ser realizadas cirurgias em hospitais universitários em nível de pesquisa do tipo neofaloplastia¹ e a

¹ Cirurgia que constrói um pênis através do enxerto de pele da própria pessoa submetida ao processo.

neocolpovulvoplastia². A resolução de nº 1482/97 do Conselho Federal de Medicina (1997) é reformulada e é substituída pela resolução nº 1652/2002. Nesta, o título experimental fica apenas na cirurgia de tipo neofaloplastia, colocando novos desafios para instituições públicas e privadas, situando os/as transexuais como um público-alvo do SUS e adicionando a equipe médica, o/a endocrinologista, tendo tal equipe relacionada ao regimento interno do hospital.

Em 2008 entra em vigor o Processo Transexualizador pela Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, a fim de regulamentar os procedimentos e as diretrizes no âmbito do SUS (BRASIL, 2008b). Através desta portaria, o SUS estabelece a regulamentação de acesso e assistência integral às pessoas que recorrem ao sistema a fim de realizar a cirurgia de mudança de sexo. Enfim a cirurgia é inserida nos parâmetros de saúde pública e passa a ser custeada pelo SUS. Ainda em 2008, a Secretaria de Atenção à Saúde aprova a Portaria de nº 457 de 19 de agosto (BRASIL, 2008c), em que é descrita a regulamentação e atribuições no que tange ao Processo Transexualizador do SUS.

Ainda dentro desse processo, para fazer o procedimento cirúrgico de mudança de sexo, a pessoa candidata³ à cirurgia deve passar por uma bateria de exames físicos e psíquicos, uma série de testes psicológicos e passar no mínimo dois anos no processo de psicoterapia e hormonioterapia com acompanhamento profissional da própria instituição.

O corpo na pesquisa

A relação com o corpo é inerente tanto em relação a própria pesquisa, quanto ao estudo da Antropologia (ERIKSEN & NIELSEN, 2004), que se consolida nos anos 70 a partir dos estudos feministas e da concepção de poder. Os teóricos da prática abriram um novo campo de investigação para a disciplina, colocando o corpo situado em um plano material, como o principal *locus* de interação social. Essa relação com o corpo foi percebida durante meu trabalho de campo no que concerne ao gênero e à sexualidade, pois o corpo carrega significados, em seu interior “são as possibilidades sociais e culturais que se desenvolvem” (LE BRETON, 2006, p. 70). Ou ainda podemos dizer que o corpo é carregado de experiências que podem ser sugeridas a partir da própria história que o sujeito possui.

Percebi o meu próprio corpo como detentor de significados durante a pesquisa através de minha experiência. Esse corpo também construído o qual é concebido como uma edificação, sempre em processo. Ao fazer meus primeiros contatos e as entrevistas percebi olhares das pessoas – principalmente das travestis

² Procedimento cirúrgico realizado em duas etapas: primeiro a retirada do pênis e segundo a construção da vagina, utilizando o sacro escrotal - grandes lábios - e a glândula - devido aos pontos de grande sensibilidade.

³ Chamo candidata, no sentido das/os transexuais terem que passar por uma série de critérios para serem aceitas nesses serviços.

– aos meus seios, meus cabelos, ao meu corpo. Assim, durante minhas idas às ONGs significo o olhar do outro em relação ao meu corpo e começo a me vestir de uma maneira mais “composta”.

Percebi que os olhares poderiam interferir na minha interação com elas, devido ao meu constrangimento e diminuir a atenção, no caso, durante as entrevistas. Aos poucos fui mudando minhas vestimentas, alterando minhas roupas por mais largas que escondiam de forma sutil as características femininas que meu corpo também construído carregava. Troquei minhas roupas justas por mais largas, calças menos justas e aboli meus vestidos durante minhas idas a campo. Percebo isso mais consolidado no primeiro encontro com Lulia, como relatei em meu diário de campo:

Seus olhos fitavam meu corpo de uma maneira constrangedora. Naquele momento me passavam várias possibilidades do que eu deveria fazer? O que eu poderia ter feito? Como aquele momento poderia ser analisado? Resolvi seguir em frente com o encontro, não foi a primeira vez que isso aconteceu, mas também não foi daquela forma tão visível e indiscreta.

Tais questões me trazem à tona novamente as questões de gênero. Eu sendo uma estranha, desconhecida e ainda “mulher”, me trouxe constrangimentos, como também possibilidades que fizeram algumas de minhas interlocutoras se sentirem mais à vontade comigo para falar de seus desejos, momentos íntimos e até mostrar algumas de suas transformações corporais sem constrangimentos. A antropóloga Larissa Pelúcio ao escrever sobre sua etnografia (2007, p. 116), diz que “o meu estatuto de mulher, se por vezes se mostrou bastante embaraçoso em campo, por outros, tornou-se favorável, abrindo portas e facilitando o trânsito num mundo em que o feminino é um valor positivo”.

Tomo esse momento – do diário de campo – também como um dado para pensar a relação do corpo que fundamenta e carrega valores simbólicos e imersos num campo maior de significados do que nós poderíamos pensar. Tomar meu corpo como experiência, carregado de sexualidade, me fez pensar em como ele desemboca no campo da sexualidade e do gênero. Entendo que a construção do corpo se dá de diversas maneiras. As de minhas interlocutoras fundamentam a construção de seus corpos primeiramente através dos hormônios, que é tido como um alimento transformador e fundamental no processo de construção corporal (BENEDETTI, 2005; BENTO, 2006; PELÚCIO, 2009).

A história do NIAT

Dentro deste contexto de abertura ao público transexual, o Núcleo Interinstitucional de Assistência aos Transexuais (NIAT) se coloca como uma das tentativas de vários hospitais pelo Brasil que colocam seus serviços de assistência aos transexuais, atualmente pautados pela portaria de nº 457 de 19 de agosto

(BRASIL, 2008c, pág. 19). De caráter precursor no Estado de Alagoas, o NIAT não chegou a fazer nenhuma cirurgia de mudança de sexo, entretanto ficou marcado no imaginário de muitas transexuais.

O NIAT foi criado a fim de proporcionar apoio multidisciplinar e oferecer a cirurgia de mudança de sexo aos transexuais do Estado de Alagoas. O Núcleo foi oficialmente criado em 20 de março de 2002 no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA/AL), com o aval da direção geral da época. O NIAT foi fruto de um conjunto de fatores que englobava desde temáticas da Comissão de Estudos de Bioética Médica do Conselho Regional de Medicina do Estado de Alagoas (CREMAL) até os próprios sujeitos que procuravam o órgão a fim de colocar a resolução de nº 1482/97 em prática no Estado.

No que tange ao projeto de criação do NIAT, cabia a ele a seleção e o acompanhamento assistencial pós e pré-operatório das transexuais, seguindo todos os critérios alocados internacionalmente pela comunidade médica, assim como toda assistência quanto à mudança de sua nova identidade civil. Vinculado à Direção de Ensino e Assistência e tendo como coordenador, um profissional que fora designado pela Direção Geral do hospital, o núcleo tinha uma composição multidisciplinar e era estruturado a partir do coordenador, que tinha a função de acolhimento e de orientação clínico-psicoterápica e tratamento das/os transexuais que recorriam ao serviço. Tal coordenação teria como ideal um profissional da assistência social, entretanto quem ocupava o cargo era um profissional da área médica-clínica.

A estrutura do núcleo, além da coordenação geral, se dividia a partir do Comitê de Estudos e Pesquisas e do Comitê de Assistência e Apoio. Além do coordenador da área médica-clínica contava com uma equipe com os seguintes profissionais: psiquiatra; psicólogo; ginecologista; urologista e endocrinologista, ficando de fora os profissionais sugeridos pelo CREMAL, o geneticista, cirurgião plástico, fonoaudióloga e o assistente social (seu trabalho apenas se concentrava no início do processo).

A equipe interdisciplinar do NIAT se reunia periodicamente a cada três meses a fim de realizar encaminhamentos e avaliação dos casos. Também havia reuniões programadas em conjunto com as/os candidatas/os para responder perguntas, apresentar filmes ou ilustrações acerca dos procedimentos. Foi relatado pelos/as interlocutores/as a realização de um encontro com Carlos Abib Cury, urologista pioneiro em cirurgias de mudança de sexo no Brasil (ver VIEIRA & PAIVA, 2009).

Ao todo, o NIAT atendeu quatorze pessoas, das quais apenas um era transexual M-H. Em relação ao encaminhamento das pessoas que procuravam o serviço, ocorria o primeiro contato da/o candidata/o ao coordenador do núcleo no qual teria sua entrevista inicial e era orientada/o ao preenchimento de uma ficha individualmente.

Nessa ficha era pedido o nome; filiação; data de nascimento; endereço; a história atual como o motivo da consulta e o tempo de queixas; a sua história pregressa, como tratamentos anteriores, de outras doenças; uso de drogas lícitas ou ilícitas e atividade sexual; e os pareceres das especialidades psiquiátricas,

ginecologia, urologia e serviço social, bem como a data de início do acompanhamento.

Após a entrevista e o preenchimento da ficha a/o candidata/o era encaminhada/o ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), que consistia na guarda de prontuários médicos, que possibilitava o acesso às pesquisas estatísticas, ao fluxo do hospital e à marcação de consultas e internação dos pacientes.

O encaminhamento ao SAME se dava a fim de marcar a consulta com a psiquiatria. Nesta especialidade, havia uma entrevista inicial para a avaliação diagnóstica. Após a avaliação psiquiátrica, era solicitado novamente o encaminhamento ao SAME para a consulta com a ginecologia ou urologia, onde a/o candidata/o era avaliada/o clinicamente. Nesta segunda consulta eram mensurados os fenótipos de gênero, como chamados pela clínica médica, ou seja, as características primárias e secundárias. Era feita também a solicitação de exames para complementar a avaliação – quando necessário e a confirmação se havia ou não características físicas e outras patologias que não fossem apropriadas para a cirurgia. Logo após, novamente a/o candidata/o era encaminhada/o ao SAME a fim de retornar à psiquiatria e em seguida à psicologia. Nesta última especialidade, a/o candidata/o seria submetido à psicoterapia e encaminhada/o ao SAME a fim de marcar sua consulta com a endocrinologia, última especialidade a entrar em contato e iniciar seu processo de mudança de sexo.

Com o endocrinologista era feita a avaliação clínica a fim de estabelecer a terapia hormonal. Vale ressaltar que essa trilha inicial é tida como padrão aos candidatos/as ao NIAT. As consultas de uma maneira geral eram regularmente marcadas em determinados dias e horários da semana. Ou seja, as/os candidatas/os teriam que seguir essa trilha e ficar submetidas/os aos dias e horários pré-estabelecidos pelo núcleo no hospital.

O NIAT funcionou cerca de três anos. Segundo a coordenação foi desativado em meados de 2005 devido às desistências das/os participantes e à falta de demanda a fim de submeter à exigência de todos os passos do processo. E, dentro das explicações acerca de seu fechamento, situa-se a questão do acompanhamento da hormonioterapia e dos critérios para as/os candidatas serem inclusas/os no serviço.

A hormonioterapia como critério ao longo do processo de transexualização: a dose ideal

Para a Psicologia e a Psiquiatria darem seu parecer se a/o candidata/o à cirurgia de mudança de sexo está apta/o para ser inserida/o no programa, a/o transexual deve passar por uma bateria de exames (tanto físicos quanto psicológicos, como citados acima) e dois deles foram bastante citados nas falas das/os interlocutoras/es. O primeiro foi a questão da hormonioterapia e o segundo o processo psicoterápico, este último obrigatório por no mínimo dois anos a fim de começar a se pensar na cirurgia de mudança de sexo.

As/os transexuais também deveriam estar de acordo com as características das normas de gênero. Segundo um dos interlocutores, havia no núcleo uma transexual feminina que não se vestia totalmente com vestimentas ditas femininas o que resultou em uma série de dificuldades para ela ser aceita pela equipe médica. Segundo Bento (2006) o que acontece é uma assepsia de gênero, ou seja, as/os transexuais devem se comportar e se vestir de acordo com o gênero que deseja, para provar que a sua subjetividade é real e retirar todas as ambiguidades existentes.

Logo, o processo de “assepsia de gênero”, se dava principalmente através da hormonioterapia e para dar início a ela a/o transexual deve passar por vários exames, principalmente endocrinológicos, a fim de saber se estará ‘adequado’ para receber as dosagens hormonais, sem prejuízos à saúde. De acordo com Costa & Mendonça (2009), o papel da endocrinologia é a reversão sexual, fazendo com que os caracteres sexuais secundários apareçam de acordo com a identificação psicosssexual do paciente e estabelecer a dose ideal do medicamento.

Esta relação com a dose ideal está intrinsecamente relacionada ao imaginário das interlocutoras de *quanto mais melhor*. A ideia de que a quantidade de hormônios facilita a construção do corpo feminino é eventual entre as transexuais interlocutoras, chegando a tomar grandes quantidades de comprimidos e injeções anticoncepcionais. É importante frisar que essa dose ideal é redimensionada a cada contexto em que a transexual está inserida. Muitas delas seguem os conselhos e orientações das amigas travestis e dos amigos gays. Essa relação com a quantidade de medicamentos acabou gerando alguns conflitos entre o saber médico da equipe do NIAT com as transexuais que participaram na época.

Partindo das orientações das amigas/os algumas delas depois de sofrerem algum efeito colateral sério passaram a controlar mais a quantidade de hormônios. Foi o caso de Myra e Zandra. Myra me diz que certa vez passou mal durante a noite, depois de ter tomado muito hormônio: “Usava por conta própria só o anticoncepcional, que é o hormônio, se eu não me engano é a progesterona, aquele remédio de farmácia”, relatou que sentiu uma “queimação no corpo”: “eu tomava e enjoava”. Desde esse dia não tomou mais tanto como havia tomado antes. Myra ainda me diz que começou a fazer o tratamento correto, com andrógeno:

É o medicamento que inibe a produção da testosterona, que é o hormônio masculino. Aí você passa porque a mulher produz o hormônio feminino, não é isso? E o homem o masculino, que é a testosterona. Daí o androgênio a função dele é inibir a produção da testosterona. Aí você joga a progesterona por cima que é pra ele prevalecer, tá entendendo?... Aí tem que ser assim: você fica dois meses de andrógeno, daí o terceiro mês funciona a progesterona, mais o vitamínico e mais outro medicamento, que é o androcur.

Apesar de ter passado pelo susto dos efeitos colaterais fortíssimos, em outro encontro Myra me diz que voltou a tomar os hormônios, dessa vez uma

injeção de anticoncepcional por semana, o que a estava fazendo ficar mais indisposta ao longo do dia. As complicações com o efeito colateral também atuaram no imaginário de Zandra, como o processo real da mudança corporal. A mesma me disse que chegou a tomar oito comprimidos de anticoncepcional de alta dosagem de uma vez por dia, relatando que ficava muito tonta, chorava muito, mas o efeito na pele e no corpo “foi fantástico”. Mas parou porque o sentimento de passar mal não estava lhe fazendo bem, chegando a beirar a depressão.

Este processo de hormonização é tido com a primeira escolha para se fazer a transformação no corpo. Esse primeiro passo é sugerido por amigas travestis que usaram também e sem acompanhamento médico começaram o processo de transformação corporal. Geralmente se inicia na adolescência, fase em que a descoberta do que é se sentir transexual se consolida melhor, de acordo com a fala de minhas interlocutoras.

No que tange ao processo de construção corporal, na hormonioterapia os remédios Androcur junto com Acetado de Ciproterona aparecem como a medicação mais desejada. Atuam na diminuição do hormônio testosterona, responsável pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais masculinos, como os pelos, agindo na diminuição das características ditas masculinas. A construção do corpo feminino ao ser iniciada na adolescência, fez com que as transexuais se automedicassem a fim de conseguir as curvas, a boa pele, os seios, enfim, todas as características de um corpo dito feminino, como acredita Myra:

Só desenvolvem com o tratamento correto, a bunda e as coxas e tem o tratamento correto, tem o anticoncepcional, aí fica com a pele bonita, que isso também é verdade, vai ficar com um peitão, bundão. Aí eu fiquei: eu quero, eu quero e dizia ai meu Deus eu vou morrer! Tanto que quando eu fui tomar hormônio pela primeira vez eu fui com um amigo, com medo de desmaiar.

Myra não procurou a priori acompanhamento médico e apesar de não ter participado do processo do NIAT, dizia não concordar com os dois anos requeridos pelos protocolos médicos. Assim como diz Lulia sobre a necessidade dos dois anos de acompanhamento da hormonioterapia:

Nesses dois anos você vai tomar hormônios, vai fazer crescer seus seios, tua pele vai ficar bonita, a barba vai sair. Tudo isso. Entendeu? Esse núcleo [o NIAT] tinha que dar isso para essas pessoas, entendeu? Tem o androcur, que é uma medicação muita cara, muito forte. E as meninas tomam para não crescer mais pelos, entendeu?

A idealização das mudanças corporais através da medicação é bastante evidente. Ainda no relato de Zorah, ela me diz que entrou com um processo no

Estado a fim de conseguir gratuitamente os remédios. Conseguiu por um tempo, mas desistiu porque não tinha o apoio que precisava para fazer disso algo maior e através dessas questões a sua relação com o núcleo foi deteriorada, pois, segundo ela:

[...] começou a gerar muita confusão, muitos conflitos lá dentro, até porque todas as que estavam participando do núcleo necessitavam de um hormônio chamado androcur, então esse era o hormônio mais eficaz, o/a próprio/a médico/a puxava pra traz, ela sempre fazia um laudo, dizendo que não era necessário, ele/a dizia que as meninas não estavam aptas pra fazer a cirurgia, então as doses que a gente queria obter lá dentro o/a próprio/a médico/a não aceitava, colocava dificuldades. Então foi quando eu falei assim: olha, eu preciso tomar esses hormônios que dizem que é o melhor, então eu vou pegar eles pelo Estado.

De acordo com a documentação do NIAT, foi buscado um destes remédios através da Secretaria de Saúde junto com a Farmácia de Medicamentos Excepcionais (SESAU/FARMEX) e foi conseguida a autorização desta para que o hospital pudesse oferecer a medicação de Acetado de Ciproterona, sob a alegação do tratamento do Transtorno de Identidade de Gênero. Entretanto não ficou claro como se dava a distribuição e as dosagens desses remédios.

O que percebo é a insatisfação das transexuais em relação a essas dosagens, pois novamente devem ser seguidos os protocolos médicos das dosagens corretas dos hormônios. Zorah me diz que tais medicamentos podem ser distribuídos gratuitamente pelo governo, desde que justifiquem a razão. No caso, se justificarem a necessidade por questões de saúde, concebendo assim a transexualidade como doença, seria mais fácil conseguir os medicamentos. E assim fez Zorah. Ela se fundamentou nos protocolos médicos para conseguir a autorização e pegar os hormônios na FARMEX – mesmo sem concordar com o título de Transtorno de Gênero. O que as interlocutoras não estão dispostas é a assumir tal característica: “Eu não sou doente, apenas nasci com o corpo errado”, me diz Lulia.

Essa pontuação da medicalização é questão a ser problematizada, pois de acordo com um/a interlocutor/a da equipe médica: “Eles só viam para tomar os hormônios”. Isso faz frisar novamente o ponto de até onde pode ser concebida tal estrutura da saúde como integral e universalizante, deixando também as travestis de fora, já que, por não serem consideradas ‘doentes’, são excluídas do processo da hormonioterapia.

Seguindo o relato de Myra: “O ideal seria como o SUS né? você chegar lá e pegar os medicamentos, é gratuito, é uma coisa mais sabe? certa”. Myra fala da questão das outras medicações que não precisam ter tanta burocracia para serem conseguidas pelo Sistema Único de Saúde. Ainda sobre o processo do protocolo médico, está também a ser tema de conflito a questão da obrigatoriedade do laudo

psicológico, pois não pode haver nenhum outro tipo de transtorno mental e as baterias de exame servem para poder ser começada a hormonioterapia.

Para as transexuais que não frequentaram o NIAT, o acompanhamento é necessário, mas o tempo deveria ser bastante reduzido. Percebo que seria devido à ansiedade de ser iniciado o processo de transformação corporal de maneira segura e gratuita. Percebo também que a relação com a hormonioterapia e a psicoterapia é diferenciada, entretanto ambas são anexadas ao protocolo médico para a realização da cirurgia.

A utilização dos hormônios está mais relacionada à vida das transexuais, sem ser submetida exclusivamente ao desejo de se sentir mulher – apenas possível, segundo os protocolos médicos com a realização da cirurgia para mudança de sexo. A psicoterapia relaciona-se como mais uma exigência dos protocolos médicos para confirmar o desejo das transexuais de se sentirem mulher. Por isso, nenhuma delas se opôs totalmente em relação a ela, apenas com a duração da terapia ao longo dos dois anos exigidos pela medicina.

A hormonioterapia surge como uma opção mais viável para transpor o gênero que deseja ao seu corpo, podendo ser algo mais próximo da realidade, sem que as transexuais busquem outras alternativas mais maléficas ao seu corpo e a sua saúde.

A influência das amigas travestis e gays no processo de hormonização e as diferenças geracionais

Os processos de hormonioterapia de forma automedicados são percebidos como eventuais nas vidas de minhas interlocutoras. Todas ao me responderem como começaram a pensar em transformar seu corpo e o que isso significava para elas, responderam-me que foi durante a adolescência, pois é geralmente o momento em que começam a trabalhar e/ou saem de casa. Ao ser iniciado o processo de desejo de transformação corporal, relataram que foi através das amigas travestis e de alguns amigos gays que souberam como iniciar a hormonioterapia.

Thaléia me diz que soube o que era ser transexual, por exemplo, através de uma amiga que era travesti e depois se descobriu transexual. Daí começou a deixar crescer o cabelo, usar roupas femininas e tomar os hormônios por indicação da amiga. Ideias semelhantes foram ditas pelas outras. No caso de Myra e Zorah, os amigos gays também tiveram uma forte influência na automedicação. De uma maneira ou de outra apesar da diferença geracional entre o grupo que participou do núcleo (Lulia, Zorah e Helena) e entre o grupo das que não participaram (Thaléia, Zandra e Myra) em relação à hormonização todas tiveram “conselheiras”, que eram suas amigas travestis a fim de indicar o processo de iniciação da transformação corporal.

As interlocutoras me disseram que geralmente tudo é muito bem explicado. Desde como começar, os horários, as dosagens, os remédios ideais, enfim toda uma “bula caseira” foi passada para elas. O que é perigoso, nesses casos, são os efeitos colaterais - já citados acima, pois cada organismo responde de

uma maneira para determinada fórmula, o que faz com que “bulas caseiras” não sejam totalmente confiáveis.

No que tange às diferenças geracionais, não apenas os aconselhamentos das amigas travestis e dos amigos gays entram em convergência. Há também a relação com o desejo de sentir uma “mulher completa”, ainda que seja de certa maneira uma “mulher diferenciada”, como disse Zorah, pois as transexuais, mesmo passando por cirurgias, sempre terão que tomar remédios. Logo, tal desejo se torna algo que todas elas procuram de uma maneira ou de outra, pois cada uma tem sua forma de significar a experiência transexual.

A questão é a transexualidade colocada como doença, um transtorno mental, passível de tratamento através da cirurgia; para todas, isso é algo inaceitável, pois serem chamadas de doentes é algo que as torna estigmatizadas. Mesmo que isto as coloque em um nível diferenciado, por exemplo, das travestis, que não conseguiram uma integridade social, pois ainda que sejam consideradas desviantes da norma heteronormativa, elas não são passíveis de tratamento. Nenhuma das minhas interlocutoras era contra a despatologização, desde que ainda possam se assegurar de um direito ao acesso ao processo transexualizador, concebido na agenda do SUS. O que sugere um paradoxo.

Ainda, no que tange às divergências, talvez implicadas pelas experiências e a diferença geracional, está a questão do tempo de acompanhamento médico. Zorah, Lulia e Helena concordam que deve haver dois anos de acompanhamento, pois acreditam na cautela que o procedimento cirúrgico desta magnitude exige. Já Myra, Thaléia e Zandra, mais jovens, apesar de concordarem com o acompanhamento, acreditam que o mesmo deveria ser bem menor, pois há questões de urgência na transformação corporal, devido à idade e ao início da vida, por exemplo, no que tange ao âmbito profissional e amoroso.

Outra divergência geracional é em relação aos discursos acerca da transexualidade, pois as transexuais que não participaram do núcleo possuíam um discurso mais carregado de significado teórico e mais pautado nas expressões médicas. Tais significados são retirados além das “conselheiras”, através da mídia e da sociedade de uma maneira geral. O mesmo foi verificado numa pesquisa com transexuais masculinos, segundo Ávila e Grossi (2010, p. 04): “nos relatos dos nossos interlocutores esta situação fica evidente; eles se perceberam transexuais ao ler um livro, ao ver um transexual na mídia, ao encontrar informações na Internet... em suma, sua condição foi identificada a partir dos discursos sociais que circulam sobre transexualidade”.

Logo, as transexuais mais novas explicam a transexualidade de uma maneira mais arraigada ao que circula na sociedade, além das “conselheiras”, enquanto que as demais são pautadas em suas experiências. Todas essas falam desembocam no sentido de que a vida começa depois das transformações corporais.

Então, ao entrar no processo do NIAT, as transexuais mais experientes não concordavam com a equipe de saúde que regulamentava as doses de hormônios – diferenciadas daquelas que elas tomavam. Entrando assim em conflito, principalmente com o/a profissional da Endocrinologia. E, tudo que era dito

deveria ser seguido rigorosamente pelas candidatas, do contrário, estavam fora do processo transexualizador do núcleo.

A disciplina e o SUS

Essa relação com a disciplina e as regras impostas pelo SUS também é relatada na pesquisa da antropóloga Larissa Pelúcio (2009) ao discutir a inserção das travestis de São Paulo no projeto de prevenção e assistência para DST/AIDS *Tudo de Bom!- Parceria de prazer, saúde e direitos*. Ao citar a participação e o processo de conscientização política, diz Pelúcio:

O que parece estar implícito nesse discurso de responsabilização é que as pessoas se tornem *SUSjeitos*. Isto é, que se assujeitem ao Sistema Único de Saúde e passem, assim, a frequentar com assiduidade as unidades de saúde e a fazer regularmente seus exames, que não faltem as consultas agendadas, usem sempre camisinha nas suas relações, tornem-se responsáveis pela difusão de comportamentos que não acarretam riscos, que sejam protagonistas na luta contra a AIDS e que, desejavelmente se engajem politicamente (2004, p.111)

O mesmo parece ocorrer com o Processo Transexualizador do SUS ao querer tornar as/os transexuais em *SUSjeitos*, impondo as regras e excluindo do processo quem não as seguir, apesar de os dois projetos terem estruturas diferentes. Em relação ao projeto Aids, este possui um caráter mais de prevenção. Há todo um processo criado a fim de evitar que algo aconteça, mais pessoas com o vírus da Aids (nível de atenção à saúde secundária ou terciária a depender do estado do sujeito). Assim o governo pode ficar livre dos gastos com coquetéis de remédios, a prevenção sugere um nível de atenção primária.

O processo transexualizador do SUS sugere um caráter de promoção à saúde, nível de atenção primária e secundária, significando assim uma melhor condição de vida, tendo no caso a saúde revalorizada, delegando aos indivíduos uma maior liberdade de escolha. Ora, a estrutura a fim de fazer a cirurgia de mudança de sexo está para quem se encaixa nos pré-requisitos que a medicina pauta – seguindo o discurso da medicina em relação ao “tratamento” da transexualidade. Logo, cabe aos sujeitos se pautarem nestes e assim conseguirem uma qualidade de vida positiva. Caso contrário, serão excluídos do processo e perderão qualidade de vida positiva não apenas no âmbito da saúde, como também em outras instâncias sociais.

Com esses argumentos, o governo fica de fora das outras consequências, como nas questões das transformações corporais. A medicina diz que uma/o transexual de verdade deve querer a cirurgia de mudança de sexo. Em casos como

a injeção de silicone industrial, o uso indevido de hormônios e tentativa de amputação dos órgãos genitais ou seios, são casos a se resolver quando o sujeito já está com a saúde debilitada. Ou seja, a presença da sua capacidade de fazer suas atividades diárias está posta como inexistente. Daí surge o nível de atenção terciária, quando o sujeito precisa recorrer aos recursos médicos de forma a tratar as sequelas obtidas.

A estratégia do SUS: em busca de uma integralidade

O SUS apresenta-se como uma das tentativas feitas pelo governo brasileiro de eleger a saúde como uma questão primordial na sociedade, colocando o acesso aos serviços de saúde como direito de todos. É criado, então, com o intuito de fortalecer o sistema de saúde brasileiro e garantir acesso a todos/as cidadãos/as. Antes do surgimento do SUS, que fora incluído na constituição de 1988, a população brasileira se valia do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS, que se baseava no pressuposto de que apenas os trabalhadores que contribuíssem com a previdência social teriam direito ao acesso aos serviços públicos de saúde.

Este sistema de saúde é criado a fim de acabar com tal pressuposto e se baseia na ideia de saúde como direito de todos. A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), “realizada no ano de 1986, contou com a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade organizada, propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral” (MINISTÉRIO DA SAÚDE). A saúde, então, é vista como algo que contemple a integralidade, abrangendo os aspectos sociais, biológicos e psicológicos.

Esta observação sobre a estruturação do SUS busca demonstrar a forma como na presente pesquisa a integralidade foi considerada. Tendo como norte as resoluções, portarias concebidas a partir da lógica médica do que seria a transexualidade e o percurso do NIAT, o que se pode perceber é que toda essa legislação sempre coloca a transexualidade em torno da concepção de doença – pessoas que carregam um transtorno de Identidade de Gênero, ausente de saúde mental. Ao colocar essas pessoas que procuram um hospital a fim de fazer a cirurgia ou apenas a terapia hormonal, estes/as devem ser inseridos num série de regras.

As/os transexuais ao serem inseridas/os nessa política são colocadas/os em um contexto de saúde, e também numa situação de anormais. Conforme afirma Butler (2010), receber o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero – TIG – é ser, de certa maneira, considerado doente, errado, disfuncional, anormal e sofrer certa estigmatização em consequência desse diagnóstico.

Ou seja, o Processo Transexulizador fora criado a fim de regulamentar as cirurgias não apenas no SUS, como também no que atinge toda a esfera de cuidado com a saúde de uma maneira geral, pois os hospitais que atuam com a cirurgia ainda são poucos. Apenas os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Pernambuco, Fortaleza, Goiânia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Bahia, Rio Grande do Norte e em Brasília há assistência aos transexuais, todos pautadas nas

regras e regulamentações inseridas pelo sistema de saúde, baseadas na literatura médica.

Tal regulamentação é algo que age incluindo e excluindo concomitantemente as/os transexuais no que tange à saúde e a seu direito como cidadã/ão. Ficam de fora alguns dos princípios básicos de cidadania, mesmo ao levar tais questões para o âmbito social, pois na resolução Portaria nº 457 elas/es não possuem o seu direito ao registro social. A troca de nome apenas se dá quando o registro da cirurgia for efetivado ou se o próprio sujeito reivindicar na justiça o seu direito pelo nome social.

Então, não há como a integralidade agir sendo uma norteadora, tampouco tentar garantir a “entrada no mercado de trabalho”, como diz no tópico relativo aos aspectos sociais (BRASIL, 2008b, p.19) se nem o direito ao nome social a/o transexual possui como ela/e poderia conseguir um trabalho, se o nome que carrega nos documentos difere da identidade que lhe é atribuída.

De acordo com Costa (2004, p. 12): “Desta forma, o discurso inaugural da integralidade abarca um conjunto de atitudes éticas e técnicas desejáveis para os médicos relacionadas à sua possibilidade de compreensão e apreensão ampliada das necessidades dos indivíduos”. Logo, a integralidade desejada do Processo Transexualizador do SUS não concebe a integralidade desejada pelos/as transexuais e tida como direito.

Em 2010, o Conselho Federal de Medicina lançou outra resolução, a CFM nº 1.955/2010, entretanto esta traz apenas algumas modificações, como a questão das cirurgias a fim modificar os caracteres secundários de transexuais masculinos, reafirmando o título experimental da cirurgia de neofaloplastia. Ainda no mesmo ano é aprovada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2010a). Nesta há algumas predisposições que destacam algumas questões ainda passíveis de análises, pois ainda se mostram os procedimentos do Processo Transexualizador como algo a ser aprimorado.

Como afirma Arán (2011), necessita-se da construção de uma noção “mais ampliada de saúde, baseada na individualização do cuidado e na integralidade da assistência para que se possam acolher de fato as necessidades de saúde desta população”. Ou seja, abarcar um conceito de saúde mais ampliado, sem necessariamente incluir as/os transexuais numa categoria patologizante.

Desta maneira poderemos colocar o SUS como um sistema que atinja necessidades relatadas pelas interlocutoras, pois saúde não é apenas o contexto de ausência de doenças. Há outras categorias que devem ser inseridas, como o sexual e o social de uma maneira que as transexuais possam ter suas vidas com uma boa qualidade. São indispensáveis os recursos e instrumentos que garantam o acesso à saúde para o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa transexual, sem ter que seguir condutas certas ou erradas, apenas o bem estar integral – individual e social da pessoa transexual (VENTURA, 2007).

É a partir deste viés que uma mudança no sistema de saúde brasileiro no que tange às perspectivas das pessoas transexuais deve ser visualizada. Assim, se a transexualidade for retirada da categoria de doença, a possibilidade de ela ser

retirada do SUS ficaria evidente, entretanto existem outros pontos que devem ser discutidos, como a relação da saúde e as transformações corporais.

Durante a pesquisa, pude participar de duas Conferências de Saúde/2011⁴ – estadual e municipal. Nas duas, foram relatadas novas estratégias políticas a fim de modificar o que se concebe atualmente o acesso dos hormônios, tão queridos pelas interlocutoras da pesquisa. Nestas duas Conferências de Saúde foi apresentada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, aprovada em 2010 e apenas no ano de 2011 foi elencada com mais afinco, pois foi percebido que tais estratégias não foram efetuadas com sucesso.

Nesta Política, apresenta-se a questão da hormonioterapia como algo a ser investido para fins de redução de danos. No que concerne ao Processo Transexualizador do SUS, algo a ser aprimorado, pois as pessoas transexuais, segundo esse projeto “estão em sofrimento psíquico”. Ou seja, consolidando ainda mais a ideia de que o transtorno mental é algo com que estas pessoas convivem. Há muitas questões em jogo no que concerne ao sistema de saúde e muitos pontos que precisam ser discutidos pelo governo e sociedade civil com mais atenção, concebendo, assim um SUS mais efetivo sem muitas discordâncias entre as partes interessadas.

Ao colocar a questão do acesso à saúde às pessoas transexuais ao mesmo tempo em que a posição tomada é não apontá-las como alguém que carrega uma doença e sim como pessoas que não desejam serem identificadas a partir de seu órgão genital com os quais nasceram é esbarrar nos questionamentos acerca da sexualidade. Ora, se a discussão é tomada a partir das transformações corporais, mormente no que tange a mudança de seus órgãos genitais, qual a relação com a saúde?

A partir dos relatos de minhas interlocutoras e do processo de experiências do NIAT, as tentativas de mudanças corporais percebidas as encaixam em situações onde os riscos à saúde em busca de seu desejo de se sentirem ‘mulher’, ainda que uma “mulher diferenciada”, como me afirmou Zorah. Não apenas os riscos relativos à ingestão das altas dosagens de hormônios ou os implantes de silicone industriais, mas a riscos sociais também inclusos, o que de uma maneira ou de outra afeta o cotidiano dessas pessoas e esbarra no aspecto social e psicológico das transexuais. Estas devem ter seus direitos sexuais e à saúde garantidos antes de tudo por seus direitos humanos, bem como a liberdade de se identificarem como queiram e se sentir cidadãs.

Logo, não se pode distanciar os dois, apesar de suas diferenças. A fim de que se possa ter acesso aos serviços de saúde, como fora o NIAT, as transexuais devem passar por critérios de expressões da sexualidade para garantir seu acesso aos cuidados à saúde, assim a transexualidade pode ser entendida como:

⁴ A primeira foi a II Conferência Metropolitana de Maceió de Políticas Públicas e Direitos Humanos da população LGBT e a segunda a II Conferência Estadual de Políticas Públicas e Direitos Humanos da População LGBT, ambas em 2011.

Um tipo de vulnerabilidade específica em razão da contradição que estabelece entre a norma social e a moral sexual vigentes, e que resulta em restrições pessoais e sociais, como: a proibição legal do prenome e do sexo nos documentos de identificação pessoal, ou de realizar as transformações corporais (VENTURA, 2007, p.163).

A partir destas buscas pelas transformações corporais e da impossibilidade de usarem seus nomes sociais em que se debruçam as questões acerca da saúde, podemos encaixar a necessidade pela busca dos direitos sexuais e a saúde pelas transexuais de uma maneira que engloba outras questões, como os direitos humanos. Não se deve separar tudo, tendo em vista, a partir dos relatos das interlocutoras, que a transexualidade não é uma mera decisão simples de ser tomada e vivenciada.

Considerações Finais

A pesquisa mostrou evidências da relação entre hormonioterapia e transexualidade e de como essa relação deve ser explorada de forma mais clara. Ocorre uma resignificação em todo o processo transexualizador no que refere ao uso dos hormônios. Na ânsia de obter o corpo “modelo feminino”, muitas delas acabam consumindo altas dosagens de hormônios.

E, partindo da relação das interlocutoras com o NIAT, pode-se destacar no que tange ao acesso das/os transexuais à saúde – as mesmas ficaram impossibilitadas de um diálogo aberto com a equipe de saúde, no que se refere a suas doses ideais e da equipe. Embora em algumas situações nas falas das interlocutoras a transexualidade fosse entendida de modo a afirmar parte o discurso biomédico, as experiências relatadas se diferenciam das propostas lançadas pela Medicina. Disso surgiram conflitos concernentes à disciplina e os modelos postulados de identidade de gênero. Deixo claro que, neste artigo, a transexualidade deve ser vista enquanto experiência e não nos critérios rigorosos que os protocolos médicos insistem em padronizar. As experiências das interlocutoras mostram os sentidos variados que tais pressupostos médicos acabam infligindo. Como o desejo prioritário do uso dos hormônios que os serviços de apoio poderiam oferecer a essas pessoas em detrimento da cirurgia de mudança de sexo.

A política do SUS, que visa a uma rede ampliada e integrada, também é outro ponto que merece ser repensado, pois a forma como o processo transexualizador se dá, se encerra no objetivo único de mudar o sexo. Ora, há transexuais que realmente desejam isso e há outras/os que a procura não é necessariamente o procedimento cirúrgico – como o uso dos hormônios. Esses apontamentos devem ser refletidos com cuidado para que não inviabilize de vez o acesso dessas pessoas a essa saúde integrada.

A experiência da hormonioterapia das transexuais em Maceió/AL.

E poderíamos ir mais além se pensarmos num serviço sendo oferecido não apenas às transexuais, bem como para as travestis, que também se valem de recursos que afetam negativamente a sua saúde. É necessário, então, pensar em um SUS a serviço dessas pessoas, pois, como é relatado nos autos das leis brasileiras, saúde é um direito de todos.

Referências

ARÁN, Márcia. El Proceso Transexualizador. Centro Latino-Americano em sexualidade e direitos humanos, 2011. Disponível em: <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=6254&sid=21> Acesso em: 30 de agosto de 2011.

ÁVILA, Simone; GROSSI, Míriam Pillar. Maria, Maria João, João: reflexões sobre a transexperiência masculina. Anais de Congresso, Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 2010.

BENEDETTI, Marcos Renato. Toda feita: o corpo e o gênero das travestis. Rio de Janeiro, Garamound, 2005.

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

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Editora Civilização. Brasileira, 2003

_____. Desdiagnosticando o gênero. Tradução de André Rios. *Physis* [online]. 2009, vol.19, n.1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S010373312009000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 27 abr, 2010.

BRASIL (a). Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil sem Homofobia – Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf. Acesso em: 15 fev, 2010.

_____(b). Ministério da saúde. Portaria GM n.º 1.707, de 18 de agosto. Instituição no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html. Acesso em: 19 mar, 2010.

_____(c). Secretaria da saúde. Portaria n. 457, de 19 de agosto de 2008. Regulamentação no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, 2008. Disponível

em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html. Acesso em: 18 mar, 2010.

_____ (d). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º. 196. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm

_____ (e). Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS - Doutrinas princípios. Brasília: 1990. Disponível em: <http://www.geosc.ufsc.br/babcsus.pdf>. Acesso em: 20 mar, 2010.

COSTA, Elaine Maria Frade. MENDONÇA, Berenice Bilharinho de. Terapia Hormonal no Transexualismo. In: Identidade Sexual e Transexualidade.org. VIEIRA, Tereza Rodrigues. PAIVA, Airton Saaveda de. Ed.Rocca.São Paulo, 2009.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. Revista Saúde e Sociedade. v.13, n.3, p.5-15, set-dez 2004

ERIKSEN, Thomas Hylland.& NIELSEN, Finn Sivert. História da Antropologia. Petrópolis: Vozes, 2007

LE BRETON, David. *A sociologia do corpo*. Editora Vozes; 2006.

LOURO. *Guacira* Lopes. Teoria queer - uma política pós-identitária para a educação. Revista Estudos Feministas, 2001.

MISKOLCI, Richard. Não somos, queremos - reflexões queer sobre a política sexual brasileira na contemporaneidade. In: Stonewall 40 + o que no Brasil. Ed.1, UFPB, Org. Leandro Colling, 2011.

PELÚCIO, Larissa. "No salto": Trilhas e percalços de uma etnografia entre travestis que se prostituem. In: BONETTI, Alinne; FLEISCHER, Soraya. Entre saias justas e jogos de cintura. Florianópolis: Ed. Mulheres; Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2007.

_____. *Abjeção e Desejo* - uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids. 1. ed. São Paulo, SP: Editora Annablume; Fapesp, 2009.

VENTURA, Mirian. Transexualidade: Algumas reflexões jurídicas sobre a anatomia corporal e autodeterminação da identidade sexual. In: RIOS, Roger R. (Org.). Em defesa dos direitos sexuais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007. p. 141-167.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. PAIVA, Airton Saaveda de. A Transexualidade no passado e o caso Roberta Close. In: Identidade Sexual e Transexualidade. Org. VIEIRA, Tereza Rodrigues. PAIVA, Airton Saaveda de. Ed.Rocca.São Paulo, 2009.