

DIREITO.UnB

Revista de Direito da Universidade de Brasília
University of Brasília Law Journal

VOLUME 8 - NÚMERO 2 - Maio - Agosto - 2024

DIREITO, SAÚDE E DIVERSIDADE

DIREITO, SAÚDE E DIVERSIDADE



DIREITO



UnB

**ANTIDISCRIMINAÇÃO, AIDS E ORIENTAÇÃO SEXUAL NA
CONSTITUINTE BRASILEIRA DE 1987/8861**

Douglas Antonio Rocha Pinheiro Iago Masciel Vanderlei

DESAFIOS ATUAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL

**LGBT87Maria do Socorro Veloso de AlbuquerqueManoel Sebastião da
Costa Lima JúniorFrancisco Emanuel Alves Gonçalves**

TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE:

**obstáculos impostos pela realidade brasileira 27Maria Tereza Fonseca
DiasCaio Benevides Pedra**

**A DESPATOLOGIZAÇÃO DAS IDENTIDADES DE GÊNERO TRANS: O
DIREITO À IDENTIDADE DE GÊNERO 183**

**Patrícia Borba
MarchettoMarina Silveira**

**(DES)PATOLOGIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE NO BRASIL: entre
a determinação identitária e direito à saúde119**

**Maria Clara Crespo
Bauner Mateus Miguel Oliveira**

**SAÚDE E BIOTECNOLOGIA DE GÊNERO: (RE)PRODUÇÃO DO CORPO
PELO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR 149**

**Janaina Machado
SturzaGabrielle Scola DutraPaula Fabíola Cigana**

**O CORPO IMPEDIDO DE CONSTITUIR FAMÍLIA: FARMACOPODER E
PARENTALIDADE DE PESSOAS TRANS**

**Alexandre Gustavo Melo Franco
de Moraes BahiaSaulo Tete de Oliveira CamêlloThais Alcione Santana**

**ENTRAVES PARA O ACESSO À HORMONIOTERAPIA PARA PESSOAS
TRANS EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE**

**Paulo Fernando Soares Pereira
Thiago Allisson Cardoso de JesusFelipe Laurêncio de Freitas Alves**

CRIANÇAS INTERSEXO E CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL:

**INTERVIR PARA QUE(M)?241Luiz Geraldo do Carmo GomesLeonardo
Bocchi Costa**



Sistema Regional de Información
en línea para Revistas Científicas de América Latina,
el Caribe, España y Portugal

Direito.UnB. Revista de Direito da Universidade de Brasília.
Programa de Pós-Graduação em Direito – Vol. 8, N. 2 (mai./ago. 2024) –
Brasília, DF: Universidade de Brasília, Faculdade de Direito.

Quadrimestral. 2024.

ISSN 2357-8009 (VERSÃO ONLINE)

ISSN 2318-9908 (VERSÃO IMPRESSA)

D.O.I. 10.26512/2357-8009822024

Multilíngue (Português/Inglês/Espanhol/Francês)

1. Direito – periódicos. I. Universidade de Brasília,
Faculdade de Direito.

Revista de Direito da Universidade de Brasília
University of Brasilia Law Journal

Revista vinculada ao Programa de Pós-graduação
em Direito da Universidade de Brasília

Maio – Agosto de 2024, volume 8 , número 2

D.O.I. 10.26512/2357-8009822024

CORPO EDITORIAL

EDITORA-CHEFE

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Inez Lopes Matos Carneiro de Farias

EDITORES

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Daniela Marques de Moraes

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Evandro Piza Duarte

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Fabiano Hartmann Peixoto

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Gabriela Garcia Batista Lima Moraes

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Janaína Lima Penalya da Silva

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Marcelo da Costa Pinto Neves

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Othon de Azevedo Lopes

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Simone Rodrigues Pinto

CONSELHO CIENTÍFICO

Universität Bielefeld, Alemanha – Ifons Bora

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil – Ana Beatriz Ferreira Rebello Presgrave

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil – Ana Lúcia Sabadell

Universidade de Connecticut, Estados Unidos – Ángel Oquendo

Universidade de Glasgow, Escócia – Emílios Christodoulidis

Universidade Federal de Goiás, Brasil – Francisco Mata Machado Tavares

Universität Flensburg, Alemanha – Hauke Brunkhorst

University of Luxembourg, Luxemburgo – Johan van der Walt

Universidade Agostinho Neto, Angola – José Octávio Serra Van-Dúnem

University of Glasgow, Escócia – Johan van der Walt

Universidade de Helsinque, Finlândia – Kimmo Nuotio
Masayuski Murayama – Universidade Meiji, Japão
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil – Leonel Severo Rocha
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil – Maria Leonor Paes Cavalcanti Ferreira
Universidade Meiji, Japão – Masayuski Murayama
Universidade Clássica de Lisboa, Portugal – Miguel Nogueira de Brito
Universidade Federal do Piauí, Brasil – Nelson Juliano Cardoso Matos
Universidade Federal do Pará, Brasil – Paulo Weyl
Universidade Católica de Santos, Brasil – Olavo Bittencourt Neto
Universidad de Los Andes, Colômbia – René Fernando Urueña Hernandez
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil – Thiago Paluma
Universidade Johann Wolfgang Goethe, Alemanha – Thomas Vesting
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil – Valesca Raizer Borges Moschen
Universidade de São Paulo, Brasil – Virgílio Afonso da Silva

SECRETÁRIA EXECUTIVA

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Ida Geovanna Medeiros da Costa

EQUIPE DE REVISÃO

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Cleomara Elena Nimia Salomoni Moura
Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Ida Geovanna Medeiros da Costa
Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Inez Lopes Matos Carneiro de Farias
Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Marcos Heleno Lopes Oliveira
Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Mariana César Deonísio

EQUIPE DE EDITORAÇÃO

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Cleomara Elena Nimia Salomoni Moura
Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Ida Geovanna Medeiros da Costa
Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Inez Lopes Matos Carneiro de Farias
Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Marcos Heleno Lopes Oliveira

DIAGRAMAÇÃO

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Cleomara Elena Nimia Salomoni Moura

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Ida Geovanna Medeiros da Costa

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Inez Lopes Matos Carneiro de Farias

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Marcos Heleno Lopes Oliveira

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Mariana César Deonísio

ASSISTENTES

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Kelly Martins Bezerra

CAPA

Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Brasil – Inez Lopes Lopes Matos Carneiro de Farias

IMAGEM

Imagem de Khanh Trinh por Pixabay por Pixabay. Disponível em <https://pixabay.com/pt/illustrations/pessoas-rostos-diversidade-humanos-7805580/>: Acesso em: 30 de Ago. 2024.

DIREITO.UnB

Revista de Direito da Universidade de Brasília
University of Brasilia Law Journal

V. 08, N. 02

Maio – Agosto de 2024

D.O.I. 10.26512/2357-8009822024

SUMÁRIO

NOTA EDITORIAL 13

Inez Lopes

AGRADECIMENTOS 15

Inez Lopes

PREFÁCIO 19

Inez Lopes

DOSSIÊ TEMÁTICO

ANTIDISCRIMINAÇÃO, AIDS E ORIENTAÇÃO SEXUAL NA CONSTITUINTE
BRASILEIRA DE 1987/88 29

Douglas Antonio Rocha Pinheiro

Iago Masciel Vanderlei

DESAFIOS ATUAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT
67

Maria do Socorro Veloso de Albuquerque

Manoel Sebastião da Costa Lima Júnior

Francisco Emanuel Alves Gonçalves

TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE:
obstáculos impostos pela realidade brasileira 91
Caio Benevides Pedra

Maria Tereza Fonseca Dias

A DESPATOLOGIZAÇÃO DAS IDENTIDADES DE GÊNERO TRANS: O DIREITO À IDENTIDADE DE GÊNERO 129

Patrícia Borba Marchetto
Marina Silveira

(DES)PATOLOGIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE NO BRASIL: entre a determinação identitária e direito à saúde 151

Maria Clara Crespo Bauner
Mateus Miguel Oliveira

SAÚDE E BIOTECNOLOGIA DE GÊNERO: (RE)PRODUÇÃO DO CORPO PELO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR 173

Janaína Machado Sturza
Gabrielle Scola Dutra
Paula Fabíola Cigana

O CORPO IMPEDIDO DE CONSTITUIR FAMÍLIA: FARMACOPODER E PARENTALIDADE DE PESSOAS TRANS 199

Alexandre Gustavo Melo Franco de Moraes Bahia
Saulo Tete de Oliveira Camêllo
Thaís Alcione Santana

ENTRAVES PARA O ACESSO À HORMONIOTERAPIA PARA PESSOAS TRANS EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE 223

Paulo Fernando Soares Pereira
Thiago Allisson Cardoso de Jesus
Felipe Laurêncio de Freitas Alves

CRIANÇAS INTERSEXO E CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL: INTERVIR PARA QUE(M)? 253

Luiz Geraldo do Carmo Gomes
Leonardo Bocchi Costa



Gostaria de submeter seu trabalho a **Revista Direito.UnB?**
Gostaria de submeter seu trabalho a Revista Direito.UnB?
Visite <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb>
e saiba mais sobre as nossas Diretrizes para Autores.

NOTA EDITORIAL

NOTA EDITORIAL

Temos o prazer de anunciar o lançamento da Revista DIREITO.UnB, do volume 8º, número 2 edição de 2024. Esta publicação, vinculada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília (PPGD/UnB), é indexada no Portal de Periódicos CAPES, com classificação A2, e também está presente no Diadorim e no Latindex.

Nesta edição, o dossiê temático aborda ***Direito, saúde e diversidade***, organizado pelos grupos de pesquisa “Direito e Saúde LGBT+” (CNPq-UFOP), “Moinho Jurídico” (CNPq-UFPE) e “Estudos Qonstitucionais” (CNPq-UnB), o presente Dossiê é organizado pela editoria convidada, integrada pelo Prof. Dr. Alexandre Gustavo Melo Franco Bahia (UFOP), pela Profa. Dra. Antonella Bruna Machado Torres Galindo (UFPE) e pelo Prof. Dr. Douglas Antonio Rocha Pinheiro (UnB).

A edição temática apresenta artigos especiais relacionados, entre outros, às políticas de prevenção e tratamento de IST para a população LGBTQIAP+, às práticas estigmatizadoras e/ou microagressivas dos sistemas de saúde e clínicas de saúde sexual e reprodutiva em relação à população LGBTQIAP+, e à capacitação de profissionais da saúde em relação às especificidades de atendimento à população LGBTQIAP+.

No presente dossiê temático, são apresentados os artigos submetidos à revista mediante o sistema duplo-cego por pares, de igual relevância no contexto jurídico-nacional, contribuindo para as meditações sobre o tema que merecem destaque. Os pesquisadores desenvolvem reflexões sobre os “obstáculos impostos pelo Brasil a travestis e transexuais no que diz respeito ao sistema público de saúde”, “antidiscriminação, AIDS e orientação sexual na constituinte brasileira de 87/88”, “política nacional de saúde integral LGBT e os desafios a serem enfrentados na atualidade”, “o direito à saúde e a despatologização

transexualidade no Brasil”, “saúde e biotecnologia de gênero no processo de reprodução e produção do corpo pelo processo transexualizador”, “despatologização das identidades de gênero”, “hormonioterapia para pessoas trans em privação de liberdade”, “crianças intersexo e cirurgia de redesignação sexual”, “a parentalidade de pessoas transgêneros atravessando dispositivos de poder por meio de políticas de saúde LGBT”.

Boa leitura!

Inez Lopes

Editora-chefe

Revista Direito.UnB



DIREITO.UnB

Gostaria de submeter seu trabalho a **Revista Direito.UnB**?

Gostaria de submeter seu trabalho a Revista Direito.UnB?

Visite <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb>
e saiba mais sobre as nossas Diretrizes para Autores.

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMENTOS

A partir deste ano, a Revista Direito.UnB passou a contar com o DOI (Digital Object Identifier), obtido oficialmente a partir desta edição. Parabenizamos todos que se dedicaram para mais esse sucesso da revista, especialmente os esforços do Programa de Pós-Graduação, da direção da Faculdade de Direito, e da Biblioteca Central da UnB.

Agradecemos também a todas as pessoas que contribuíram para a realização da segunda edição de 2024, incluindo professores de diversas instituições de ensino superior, estudantes, técnicos e estagiários, cujos esforços têm sido fundamentais para garantir a regularidade das publicações.

Este dossiê especial expressa gratidão aos professores e professoras que colaboraram na organização da temática, proporcionando a inclusão de pesquisas científicas sobre Direito, Saúde e Diversidade.

Por fim, estendemos nossos agradecimentos aos grupos de pesquisa Direito e Saúde LGBTQ+ (CNPq - UFOP), Moinho Jurídico (CNPq - UFPE), e Estudos Qonstitucionais (CNPq - UnB), cuja colaboração mútua resultou na apresentação de estudos inéditos sobre o tema para esta publicação.

Gratidão!



Gostaria de submeter seu trabalho a **Revista Direito.UnB?**
Gostaria de submeter seu trabalho a Revista Direito.UnB?
Visite <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb>
e saiba mais sobre as nossas Diretrizes para Autores.



latindex

Sistema Regional de Información
en línea para Revistas Científicas de América Latina,
el Caribe, España y Portugal

PREFÁCIO

PREFÁCIO

DIREITO, SAÚDE E DIVERSIDADE

Alexandre Gustavo Melo Franco Bahia

Doutor em Direito (UFMG). Bolsista de Produtividade do CNPq. Professor Associado na UFOP.

E-mail: alexandre@ufop.edu.br



Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5461-7848>

Antonella Bruna Machado Torres Galindo

Doutora em Direito (UFPE). Professora Associada na UFPE.

Vice-Diretora da Faculdade de Direito da UFPE.

E-mail: antonella.galindo@ufpe.br



Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8787-4119>

Douglas Antonio Rocha Pinheiro

Doutor em Direito (UnB). Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação em

Direito da UnB.

E-mail: darpinheiro@unb.br



Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0970-0842>

Há alguns meses nos juntamos para a produção de um número especial da Revista Direito.UnB (ISSN 2357-8009), periódico vinculado à Faculdade e ao Programa de Pós-Graduação em Direito da UnB.

Com apoio dos grupos de pesquisa “Direito e Saúde LGBT+” (CNPq-UFOP), “Moinho Jurídico” (CNPq-UFPE) e “Estudos Qonstitucionais” (CNPq-UnB), o presente Dossiê é organizado pela editoria convidada, integrada pelo Prof. Dr. Alexandre Gustavo Melo Franco Bahia (UFOP), pela Profa. Dra. Antonella Bruna Machado Torres Galindo

(UFPE) e pelo Prof. Dr. Douglas Antonio Rocha Pinheiro (UnB).

A proposta do Dossiê vem na convergência das pesquisas realizadas por nós em nossos Grupos de Pesquisa, a saber, a discussão sobre os desafios da minoria LGBTQIAP+ no questionamento sobre como (ou se) o Direito é capaz de abarcar as demandas relativas à diversidade sexual e de gênero, particularmente, o desafio de garantia de acesso universal, integral e equânime à saúde de pessoas LGBTQIAP+. O que nos motiva, então, na elaboração do Dossiê é a constatação de que, apesar de avanços havidos nos âmbitos administrativo (federal, estadual e municipal), judiciário e, em menor medida legislativo (aqui apenas estadual e municipal, já que, até a presente data, o Brasil não conta com nenhuma lei federal que trate da minoria LGBTQIAP+), o Direito ainda está muito longe de ser capaz de absorver as demandas por reconhecimento da diversidade, uma vez que esta implica no questionamento das bases sobre as quais o Direito Moderno se estrutura (isto é, um sistema moderno e, portanto, europeu, ocidental, branco, cristão e cisheteronormativo)– aliás, o mesmo se pode dizer da Medicina, outro campo de poder-saber relevante para o presente.

No Brasil, particularmente, a questão ainda é mais grave, pois, como dito, não contamos com nenhuma lei federal que garanta qualquer direito aos LGBTQIAP+. Ao contrário, o que se vê no Congresso Nacional são discursos e propostas de retrocesso aos pequenos avanços conseguidos principalmente via Judiciário.

A questão do direito à saúde se mostra particularmente preocupante quando, inclusive em razão da pandemia do COVID-19, ficou claro o acesso desigual e precário que minorias sexuais têm a consultas, exames e tratamentos, violando os princípios sobre os quais o SUS se sustenta: universalidade, equidade e integralidade. Apesar de haver normativas administrativas sobre uma “Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT”, aprovada há mais de 10 (dez) anos, os dados mostram que muito pouco (ou quase nada) foi efetivado. Nesse passo há problemas não apenas quanto à ausência de leis (federais) a tratar da questão, mas também se percebem omissões e ações contrárias ao Direito por parte também de profissionais da saúde e de agências como a OMS e o Ministério da Saúde.

Qual o papel do Direito face a isso? Aliás, é o Direito, tal qual o conhecemos, capaz de fornecer as respostas urgentes e adequadas de que se necessita?

Para tentar fornecer um quadro a respeito destas questões foram estabelecidos alguns **Eixos Temáticos** que deveriam nortear os/as autores/as que desejassem participar do Dossiê:

1. Políticas de prevenção e tratamento de IST para a população LGBTQIAP+;
2. Práticas estigmatizadoras e/ou microagressivas dos sistemas de saúde e clínicas de saúde sexual e reprodutiva em relação à população LGBTQIAP+;
3. Capacitação de profissionais da saúde em relação às especificidades de atendimento à população LGBTQIAP+;
4. Afirmação histórica do direito à saúde física e mental da população LGBTQIAP+;
5. Processos jurídico-políticos hegemônicos de patologização das orientações sexuais e das identidades de gênero;
6. Análises de direito comparado sobre políticas públicas e precedentes jurisprudenciais relativos ao direito à saúde da população LGBTQIAP+;
7. Direito à saúde da população LGBTQIAP+ em privação de liberdade;
8. Análise interseccional do direito à saúde da população LGBTQIAP+ segundo os marcadores sociais de raça, classe e/ou gênero;
9. Êxitos e entraves na efetivação brasileira da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

Recebemos **38 (trinta e oito) textos**, de autores/as de todas as regiões do País. Todos os textos passaram por, pelo menos, duas avaliações cegas – podendo ter recebido até uma terceira avaliação em caso de divergência entre os resultados das avaliações anteriores. Destes foram selecionados **9 (nove) para o Dossiê** e ainda um outro será publicado no mesmo número, mas fora do mesmo. Sabemos, pelo teor das avaliações, da qualidade e profundidade dos textos apresentados, o que tornou muito difícil a tarefa de selecionar os textos que ora se apresentam.

Dos textos que compõem o Dossiê podemos agrupá-los em algumas temáticas. Começamos por um texto que resgata os debates havidos na Assembleia Nacional Constituinte (ANC) a respeito do grave problema da epidemia de Aids e sua relação, muito forte à época, com a homossexualidade, o que reforçava os estereótipos depreciativos por que homens gays e bissexuais, além de travestis passavam. Vale lembrar que à época também os hemofílicos eram um “grupo de risco”, uma vez que não havia, até então,

testagem do sangue doado. No texto “**ANTIDISCRIMINAÇÃO, AIDS E ORIENTAÇÃO SEXUAL NA CONSTITUINTE BRASILEIRA DE 1987/88**”, os autores trazem os debates havidos na ANC sobre a não discriminação de pessoas por orientação sexual e identidade de gênero, inclusive a discriminação em razão da sorologia positiva para o HIV. Lembram o trabalho da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que pavimentou as bases do que viria a ser o SUS na Constituição de 1988, inclusive tendo um tópico específico na Conferência sobre “Aids e Constituinte”. Ao mesmo tempo, na ANC, houve vários debates, inclusive por emendas populares, sobre o enfrentamento à Aids: tanto discursos e propostas progressistas quanto conservadores. Aliás, os autores lembram como foi proposto e, depois, retirada a inclusão da vedação à discriminação por “opção sexual” na ANC. Mostram como foi tratada a epidemia da AIDS até o momento em que se deu a ANC e como aquela doença contribuiu negativamente, inclusive nos trabalhos constituintes, para a interrupção da afirmação de direitos que o então “Movimento Homossexual Brasileiro” (MHB) vinha conseguindo.

Ainda tratando a questão em termos gerais, o texto “**DESAFIOS ATUAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT**”, que conta com autores da área da Saúde Pública, revisita a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, um marco para a discussão da saúde integral da população LGBTQIAP+, que, no entanto, como mostrado pelos autores, não logrou sair do papel. Vale ressaltar que os autores lembram que a discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero é um determinante social de saúde, o que tem implicações diretas sobre o conceito de vulnerabilidade em saúde daquela população, a demandar, por isso, políticas direcionadas, como a referida Portaria deveria ter proporcionado. Como uma das razões para o insucesso da política, os autores apontam para a falta de formação em sexualidade e gênero dos profissionais da saúde, a ausência de mais pesquisas sobre a população LGBTQIAP+ na área da saúde e, hoje, inclusive, a necessidade de atualização da Política, dada a evolução das discussões, de forma que o SUS cumpra a missão não só de ofertar saúde universal e gratuita, mas também que esta seja integral e equitativa: a equidade em saúde é essencial para se reconhecer que grupos possuem necessidades específicas que precisam de atenção e cuidados também especiais.

Os próximos seis textos se debruçaram sobre diferentes questões de saúde da população trans e travesti, o que mostra a atualidade do tema e a necessidade de sua atenção, por profissionais do Direito e da Saúde.

No texto **“TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: OBSTÁCULOS IMPOSTOS PELA REALIDADE BRASILEIRA”**, os autores trazem um panorama sobre as barreiras (in)visíveis de acesso integral à saúde de pessoas trans e travestis. São trazidas publicações e dados que buscam mostrar o “estado da arte” sobre o tema, inclusive com a discussão de medidas propostas por movimentos sociais, que, no entanto, não têm sido eficazes em contornar o problema, principalmente pela sua não efetivação plena.

Dois textos lembram os processos de despatologização de pessoas trans/travestis. Em **“A DESPATOLOGIZAÇÃO DAS IDENTIDADES DE GÊNERO TRANS: O DIREITO À IDENTIDADE DE GÊNERO”**, as autoras mostram as razões pelas quais o corpo trans foi (e é) rejeitado, inclusive pelo Direito e, particularmente aqui, pela Medicina. Questionam a origem da patologização daquele corpo que não se tinha como “saudável” e a importância, para os dias de hoje, da retirada do estigma de doença. Mostram como a transexualidade é transgressora das normas de gênero e, por isso, historicamente é lançada à categoria de “doença”, uma vez que Direito e Medicina, como sistemas (modernos) de poder, selecionam aquilo que é lícito/são. Já a transexualidade, como argumentam, transborda as barreiras artificiais que fixam uma binariedade forçada e mostram a pluralidade e fluidez da experiência humana. No texto **“(DES)PATOLOGIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE NO BRASIL: ENTRE AUTODETERMINAÇÃO IDENTITÁRIA E DIREITO À SAÚDE”**, os autores, além de mostrarem o caminho desde a patologização e despatologização, se concentram nas repercussões que a retirada da transexualidade do rol de doenças implica, como, por exemplo, uma reinterpretação e ampliação das demandas pelo processo transexualizador. Daí o texto parte para questionar qual a base para essa cirurgia: estaria ela no âmbito do direito à saúde ou à identidade? A pergunta é importante, inclusive, pela necessária reivindicação de pessoas trans pela ampliação da hoje precária oferta das cirurgias custeadas pelo SUS. Para os autores, a resposta é a soma da perspectiva dos direitos de personalidade com a do direito à saúde.

Ainda no âmbito da cirurgia e hormonioterapia de pessoas trans, o artigo **“SAÚDE E BIOTECNOLOGIAS DE GÊNERO: (RE)PRODUÇÃO DO CORPO PELO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR”**, as autoras, a partir de Paul Preciado, e também de Butler e Foucault, questionam as tecnologias de gênero impostas pelo que o primeiro referencial teórico define como “era da farmacopornografia”. Objetivam mostrar como as cirurgias

de redesignação sexual e hormonioterapia no sistema público de saúde estão ligados à biopolítica. A questão que atravessa o texto é questionar em que medida aqueles protocolos de saúde têm um lugar próprio relacionado à performatividade de gênero, ou seja, questiona-se a imposição da farmacopornografia face à necessidade de se transpor o código binário.

O texto **“O CORPO IMPEDIDO DE CONSTITUIR FAMÍLIA: FARMACOPODER E PARENTALIDADE DE PESSOAS TRANS”**, também partindo de referenciais teóricos similares ao anterior, irá abordar uma outra questão específica: em que medida a farmacopornografia impõe esterilidade aos homens trans, retirando-lhes os direitos reprodutivos e de planejamento familiar. Para superação dos obstáculos teóricos e práticos a que estão submetidos homens trans, o texto entende necessário superar-se tanto uma concepção de igualdade formal como material, insuficientes para dar conta das demandas por diversidade que aqueles sujeitos pleiteiam.

Ainda sobre hormonioterapia de pessoas trans, o texto **“ENTRAVES PARA O ACESSO À HORMONIOTERAPIA PARA PESSOAS TRANS EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE”** aborda questão de extrema relevância que é o “estado de coisas inconstitucional” do sistema carcerário brasileiro, especificamente aqui, a violação aos direitos de personalidade e de saúde de pessoas trans que, uma vez encarceradas, se veem impossibilitadas de continuar seus tratamentos hormonais. Há aqui tanto violação à Política Nacional de Saúde Integral LGBT quanto à Política Nacional de Saúde de Pessoas Encarceradas, além é claro, de violação à Lei de Execução Penal, à Constituição e a normas do Direito Internacional dos Direitos Humanos.

O último texto do Dossiê se volta para pessoas Intersexo: **“CRIANÇAS INTERSEXO E CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL: INTERVIR PARA QUE(M)?”**, no qual os autores trazem para a discussão do Direito (e da Medicina) a grave violação do direito à integridade física do intersexual que, por decisão da família e de médicos, impõe a um recém-nascido sua mutilação a fim de que ele possa ser “enquadrado” no binarismo de gênero (tudo com base em Resolução do CFM que regula esse procedimento). Mostram que a intersexualidade desafia os conceitos redutores de complexidade (do Direito e da Medicina) sobre o gênero, o que demanda novas formas de se lidar com a questão para além da fixação em padrões binários de gênero.

Assim é que este Dossiê traz um retrato de algumas das principais questões que

envolvem a necessidade de reformulação de teorias e práticas, desde a academia até os locais de trabalho de profissionais da Saúde e do Direito no que toca à compreensão de que o reconhecimento da diversidade como um dado, e também como um princípio, implica em grandes desafios. Esperamos poder contribuir com essas discussões e com o início de produção de respostas, certos de que ainda estamos muito longe do ponto ideal para lidar com tais questões.

Belo Horizonte, Recife e Brasília, agosto de 2024

Prof. Dr. Alexandre Gustavo Melo Franco Bahia

Doutor em Direito (UFMG). Bolsista de Produtividade do CNPq. Professor Associado na UFOP.

Profa. Dra. Antonella Bruna Machado Torres Galindo

Doutora em Direito (UFPE). Professora Associada na UFPE. Vice-Diretora da Faculdade de Direito da UFPE.

Prof. Dr. Douglas Antonio Rocha Pinheiro

Doutor em Direito (UnB). Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Direito da UnB.



DIREITO.UnB

Gostaria de submeter seu trabalho a **Revista Direito.UnB?**

Gostaria de submeter seu trabalho a Revista Direito.UnB?

Visite <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb>

e saiba mais sobre as nossas Diretrizes para Autores.



latindex

Sistema Regional de Información
en línea para Revistas Científicas de América Latina,
el Caribe, España y Portugal

Dossiê Temático

ANTIDISCRIMINAÇÃO, AIDS E ORIENTAÇÃO SEXUAL NA CONSTITUINTE BRASILEIRA DE 1987/88

ANTI-DISCRIMINATION, AIDS AND SEXUAL ORIENTATION IN THE BRAZILIAN CONSTITUTIONAL CONVENTION OF 1987/88

Recebido: 19/12/2023

Aceito: 23/05/2024

DOUGLAS ANTÔNIO ROCHA PINHEIRO

Doutor em Direito pela Universidade de Brasília; professor da Faculdade de Direito e do Programa de Pós-Graduação em Direito (Mestrado e Doutorado) da Universidade de Brasília; líder do Grupo de Pesquisa Estudos Qonstitucionais (CNPq/UnB).

E-mail: darpinheiro@unb.br



Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0970-0842>

IAGO MASCIEL VANDERLEI

Mestre em Direito pela Universidade de Brasília; analista acadêmico do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP); pesquisador do Grupo de Pesquisa Estudos Qonstitucionais (CNPq/UnB).

E-mail: iagomasciel@gmail.com



Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2665-8911>

RESUMO

O trabalho analisa como a relação entre a Aids e a dissidência sexual e de gênero informou as disputas parlamentares durante a Assembleia Nacional Constituinte (ANC) de 1987/88 pela garantia de antidiscriminação por orientação sexual e de pessoas doentes. A pesquisa se utilizou da análise documental de arquivos do processo constituinte disponíveis nas bases SAIC e APEM, com busca pelas palavras-chave HIV e AIDS. O trabalho contribui para o desenho das narrativas do momento constituinte, incorporando a análise de como a AIDS esteve presente nas discussões da ANC e de que forma informou os debates sobre a garantia de direitos das pessoas LGBTQIA+ ao conjunto de trabalhos já produzidos sobre o tema. Concluiu-se que os constituintes de 1987-88, ao vincularem imagetivamente a AIDS aos homossexuais, interromperam o processo lento mas gradual de afirmação de direitos que o MHB conseguira na década de 1980 e anteciparam o



Este é um artigo de acesso aberto licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações Internacional 4.0 que permite o compartilhamento em qualquer formato desde que o trabalho original seja adequadamente reconhecido.

This is an Open Access article licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License that

obstáculo crescente que o Poder Legislativo, salvo raras exceções, passaria a oferecer aos direitos de pessoas dissidentes de sexualidade e de gênero.

Palavras-chave: AIDS; Pessoas LGBTQIA+; Assembleia Nacional Constituinte; Direito antidiscriminatório; História constitucional.

ABSTRACT

The article analyzes how the relationship between AIDS and sexual and gender dissent informed the parliamentary disputes during the National Constitutional Convention (ANC) of 1987/88 to guarantee anti-discrimination based on sexual orientation and diseased people. The research used documentary analysis of the constituent process files available in the SAIC and APEM databases, searching for the keywords HIV and AIDS. The work contributes to the design of the narratives of the constituent moment, incorporating the analysis of how AIDS was present in the ANC's discussions and how it informed the debates on guaranteeing the rights of LGBTQIA+ people to the set of work already produced on the topic. It was concluded that the National Constitutional Convention of 1987/88, by linking the image of AIDS to homosexuals, interrupted the slow but progressive process of affirming rights that the Brazilian Homosexual Movement (MHB) had achieved in the 1980s and anticipated the growing obstacle that the Legislative, with rare exceptions, would offer to the rights of sexual and gender dissent people.

Keywords: crypto assets; exchange; innovation; regulation; Social State.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho analisa como a relação entre a Aids e a dissidência sexual e de gênero informou as disputas parlamentares durante a Assembleia Nacional Constituinte (ANC) de 1987/86 pela garantia de antidiscriminação por orientação sexual e de pessoas doentes. A convocação da ANC foi resultado de um processo de longa gestação em círculos político-partidários, empresariais, de outros movimentos populares e de instituições jurídicas e religiosas, que ocorreu de forma imbricada com as lutas pela anistia e pelas eleições diretas.¹

A Constituição, não como apenas um texto, uma fonte normativa, mas como uma narrativa da comunidade política e do seu projeto de nação, construída a partir da prática e do texto constitucional² tem, na história da ANC, contribuições para a tarefa

1 PAIXÃO, Cristiano; BARBOSA, Leonardo Augusto de Andrade. Cidadania, Democracia e Constituição: o processo de convocação da Assembléia Nacional Constituinte de 1987-1988. In: PEREIRA, Flávio Henrique Unes; DIAS, Maria Tereza Fonseca Dias (org.). **Cidadania e Inclusão Social:** estudos em homenagem à professora Miracy Barbosa de Sousa Gustin. Belo Horizonte: Fórum, 2008, p. 121–132.

2 SOUSA, Maria Sueli Rodrigues de. Vivências Constituintes: sujeitos desconstitucionalizados.

interpretativa da prática e do texto constitucional, como: (i) construção de uma visão crítica dos seus dispositivos, finalidades, destinatários e possibilidades; (ii) compreensão da sua relação com o tempo de elaboração e aplicação; e, (iii) consciência do processo de resignificação de conceitos e institutos. Nesse sentido, a pesquisa busca responder um caminho de investigação proposto por Cristiano Paixão:³ “o que ficou de fora do texto de 1988? Quais foram as oportunidades perdidas do processo constituinte?”.

Os agenciamentos no âmbito da dissidência sexual realizados durante a ANC e as discussões a eles relacionados, tem sido objeto de estudo de produção importante sobre o tema, mas ainda permanecem lacunas abertas para investigações. Cristina Câmara⁴ pesquisou a atuação do Triângulo Rosa, grupo do Movimento Homossexual Brasileiro (MHB), na ANC 1987/88, Enézio Silva Júnior⁵ e Iago Masciel⁶ analisaram os discursos familistas na Constituinte, o segundo especificamente as discussões sobre famílias e parentescos LGBTQIA+, e Rafael Lelis⁷ narrou como ocorreram as discussões sobre dissidência sexual, os argumentos levantados e a caracterização das pessoas LGBTQIA+. Esse conjunto de trabalhos tanto propõem uma narrativa sobre o que aconteceu na ANC, como possibilitam o desvelamento de uma narratividade espectral sexo-dissidente⁸ do momento constituinte.

A narratividade espectral, conceito proposto por Douglas Pinheiro,⁹ é aquela hegemonicamente invisibilizada, que busca tornar presente no dito o que era silêncio e que opera entre o texto original passado e potenciais leituras futuras desse mesmo texto.

Teresina: Avant Garde, 2021.

3 PAIXÃO, Cristiano. A construção do futuro: os 30 anos da Constituição de 1988. *Humanidades*, [S. l.], n. 62, p. 103–109, 2018, p. 108.

4 CÂMARA, Cristina. **Cidadania e Orientação Sexual**: a trajetória do grupo Triângulo Rosa. Rio de Janeiro: Academia Avançada, 2002.

5 SILVA JÚNIOR, Enézio de Deus. **Falas de que Famílias?: análise dos discursos da Constituinte de 1987/88 sobre direitos e relações familiares**. Curitiba: Appris, 2018.

6 VANDERLEI, Iago Masciel. **Ideias que circulam**: o debate sobre a regulação jurídica de famílias LGBTI+ no período de tramitação do PL 634, de 1975 (1975-2002). 2022. Dissertação de Mestrado - Universidade de Brasília, Brasília, 2022. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/43810>.

7 LELIS, Rafael Carrano. **A Orientação Sexual na Constituinte de 1987-88**: constituição performativa de sujeitos LGBTI+ na Constituição da nação brasileira. São Paulo: Devires, 2023.

LELIS, Rafael Carrano. **Interpelações Parlamentares a um Homossexual na Constituinte de 1987-88**: reações à fala de João Antônio Mascarenhas na Subcomissão de Direitos e Garantias Individuais. **Revista Direito, Estado e Sociedade**, [S. l.], v. Ahead of P, n. 0, 2021b. DOI: 10.17808/DES.0.1794. Disponível em: <https://revistades.jur.puc-rio.br/index.php/revistades/article/view/1794>.

8 PINHEIRO, Douglas Antônio Rocha. O Constitucionalismo Espectral: presença, tempo e narrativa à luz de Roque Larraquy. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 199–224, 2019. DOI: 10.18759/rdgf.v20i3.1760. Disponível em: <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1760>.

9 PINHEIRO, Douglas Antônio Rocha. O Constitucionalismo Espectral: presença, tempo e narrativa à luz de Roque Larraquy. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 199–224, 2019. DOI: 10.18759/rdgf.v20i3.1760. Disponível em: <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1760>.

A lente espectral para a experiência constitucional desvela que, moldado pelo tempo linear contínuo e homogêneo, o constitucionalismo oferece uma narrativa que possibilita a reprodução dos modos de pensar e viver dos grupos sociais hegemônicos e que nega a outros grupos sociais o direito aos seus próprios modos de pensar e viver. Entretanto, também reconhece que os modos de pensar e viver desses “outros” não produzem apenas uma versão que fracassou em incorporar-se à narrativa constitucional: a experiência constitucional é inerentemente constituída pela perda e pela incompletude da presença.

Este trabalho contribui para o desenho da narratividade espectral sexo-dissidente do momento constituinte, incorporando a análise de como a AIDS esteve presente nas discussões da ANC 1987/88 e de que forma informou os debates sobre a garantia de direitos das pessoas LGBTQIA+ ao conjunto de trabalhos já produzidos sobre o tema. Produz-se um fragmento complementar para o enquadramento interpretativo da prática e do texto constitucional não limitado à compreensão do seu tempo de elaboração, mas orientador da sua aplicação no presente. Exemplificativo de sua atualidade são os riscos de produção de políticas públicas discriminatórias voltadas para o combate da epidemia do vírus Monkeypox – MPXV¹⁰ e o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 5.543, quanto à inconstitucionalidade das restrições de doação de sangue a grupos e não condutas de risco.¹¹

O trabalho foi desenvolvido por meio da análise documental de arquivos do processo constituinte disponíveis em duas bases de documentais: (a) Sistema de Apoio Informático à Constituinte (SAIC) e (b) Anteprojeto, Projeto e Emendas da Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (APEM). Os documentos foram coletados por busca com uso das palavras-chave HIV e AIDS. O artigo se estrutura em três seções: na primeira apresentam-se as discussões do movimento sanitarista no momento preliminar da Constituinte e uma breve síntese do processo legislativo da ANC; na segunda são sistematizadas as discussões ocorridas no campo da saúde, a partir do desenho político da ANC, com destaque para os processos de construção da comoção e de hierarquias sexuais; na última seção, analisam-se os recursos de aproximação imagética entre a Aids e a dissidência sexual e de gênero na discussão da proposta de inclusão da expressão orientação sexual no dispositivo antidiscriminatório da Constituição.

Os resultados podem ser sumarizados da seguinte forma: (i) há uma narrativa da responsabilidade individual pelo seu próprio contágio que rompe a fronteira ideológica e,

10 PINHEIRO, Douglas Antonio Rocha; BAHIA, Alexandre Gustavo Melo Franco. As recomendações em saúde pública como microagressões: varíola dos macacos e populações LGBTQIA+. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 39, n. 10, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT020623. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8391>.

11 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 5.543/DF**. Rel.: Min. Edson Fachin, 11 de maio de 2020. Brasília: STF, 2020.

informada pela moral, estabelece divisões hierárquicas entre os hemofílicos e talassêmicos e os homossexuais e usuários de drogas injetáveis; (ii) as estratégias de construção da comoção em casos de infecção por transfusão sanguínea promoveu respostas políticas constitucionais e infraconstitucionais; (iii) a estratégia do MHB buscou desvincular o pleito de proteção constitucional à orientação sexual de qualquer relação com a AIDS; e, (iv) parlamentares que se opunham à inclusão no texto constitucional do enunciado normativo que vedasse discriminações por orientação sexual estabeleceram a aproximação entre AIDS e homossexualidade. Como conclusão tem-se que os constituintes de 1987-88, ao vincularem imageticamente a AIDS aos homossexuais, interromperam o processo lento mas gradual de afirmação de direitos que o MHB conseguira na década de 1980 e anteciparam o obstáculo crescente que o Poder Legislativo, salvo raras exceções, passaria a oferecer aos direitos de pessoas dissidentes de sexualidade e de gênero.

2. O ANO DE 1986 COMO TUBO DE ENSAIO CONSTITUINTE

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) é o principal marco sanitário do período pré-Constituinte. Realizada em Brasília entre os dias 17 e 21 de março de 1986 e proposto em parceria pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), a CNS reuniu mil delegados, dos quais metade eram vinculados a órgãos federais, estaduais e municipais, metade provinham da sociedade civil e representavam prestadores privados de serviços de saúde, entidades das diversas categorias de profissionais da saúde, sindicatos e associações de trabalhadores urbanos e rurais, a confederação nacional de associações de moradores, entidades comunitárias, religiosas e partidos políticos.¹² Como primeira conferência a contar com participação dos usuários dos serviços públicos, a VIII CNS acabou admitindo que cidadãos não-delegados fossem inscritos como observadores, o que elevou o quórum do evento para aproximadamente quatro mil pessoas.¹³

Embora parceiros de conferência, os reformistas da saúde e os reformistas da previdência travavam um embate nos bastidores. Durante o regime militar, enquanto o MS ficara encarregado das ações coletivas de caráter preventivo, o MPAS respondia

12 ROSÁRIO, Celita Almeida; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MATTA, Gustavo Corrêa. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde debate**, v. 44, n. 124, p. 17-31, jan.-mar. 2020, p. 20-21.

13 BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional da Saúde, 8ª, Brasília, 1986. **Relatório Final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986m.

pelas ações de caráter curativo por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS), mas restrita aos aposentados, segurados e seus dependentes. A superação dessa política de saúde bipartite, embora já aventada na VII CNS em 1979, ganhou centralidade na VIII CNS, especialmente pelo contexto político reformista deflagrado a partir de 1985 pela Nova República. Porém, enquanto reformistas da saúde, ao buscar a universalização dos serviços e a construção de um Estado protetor, defendiam a unificação das ações preventivas e curativas sob o MS, com a incorporação imediata do INAPMS, reformistas da previdência, mesmo que simpáticos à universalização da saúde, defendiam a permanência do INAMPS na estrutura da previdência social e, portanto, não extensível imediatamente a toda população.¹⁴

Com isso, o debate central da VIII CNS, dividido em três temas básicos, “Saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento do Setor Saúde”, acabou ofuscando os temas específicos, quais sejam: 1 – Saúde e trabalho; 2 – Vigilância epidemiológica (grandes endemias, doenças evitáveis por imunização, AIDS); 3 – Saúde e sistema ecológico; 4 – Saúde, produção e distribuição de alimentos; 5 – Medicamentos e imunobiológicos; 6 – Saúde oral; 7 – Sangue e hemoderivados; 8 – Reprodução humana; 9 – Práticas alternativas de saúde; 10 – Recursos humanos e 11 – Saúde e políticas sociais. Porém, nos meses seguintes à Conferência, tanto em razão de uma mesa redonda que nela se realizara com o tema “Constituinte e Saúde”, quanto por conta dos subtemas 2 e 7, o MS passou a promover debates nos Estados com o tema “Aids e a Constituinte” para a discussão de um esboço de proposta de intervenção elaborado pelo Programa de Controle de AIDS.¹⁵ Afinal, se o debate sobre o Sistema Único de Saúde era importante, a discussão sobre as estratégias de ação em relação à epidemia de AIDS era urgente.

Embora o primeiro caso fatal reportado no Brasil remetesse a 1981, a confirmação da causa da morte só se daria anos depois, tendo sido registrado pelo MS apenas em 1988. Em 1982, todavia, começaram a ser identificados no Estado de São Paulo os primeiros casos que seriam relatados pela literatura médica e pelos jornais de grande circulação no ano seguinte. Com isso, São Paulo acabou sendo a unidade federativa precursora na criação de uma política de controle da AIDS, não só pelos casos diagnosticados, mas também pela articulação de um grupo de militantes homossexuais ex-integrantes do Somos e do jornal Lampião da Esquina, pela existência de um sistema de saúde melhor

14 BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Seguridade Social no Brasil. **Rev Serv Públ.**, a. 49, n. 3, p. 99-119, jul.-set. 1998.

15 BARROS, Sandra Garrido de. **Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil.** Salvador: Edufba, 2018, p. 77

organizado que já previa a carreira de sanitarista graças à Reforma Leser, pelo governo estadual Franco Montoro opositor à ditadura militar e eleito pelo voto popular, pelo pânico rapidamente disseminado entre intelectuais com alto capital social.¹⁶ Tal política surgiu, pois, na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo coordenada pela divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária, cuja chefia cabia a Paulo Roberto Teixeira, também um ex-integrante do Somos. A importância da dermatologia sanitária devia-se à inexistência, à época, de testes sorológicos, o que fazia com que o diagnóstico da doença fosse clínico e, em grande parte, decorrente da presença de uma lesão de pele pouco usual em jovens, o sarcoma de Kaposi.¹⁷

Após São Paulo, os Estados do Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul adotaram ações de controle da AIDS, o que aumentou a pressão sobre o governo federal, que até então se mantivera inerte. Nos primeiros anos, inclusive, o MS criticava as ações realizadas pelas unidades federadas como se elas exponenciassem o real tamanho do problema. Não sem motivo, neste período, o único esforço produzido pelo Ministério foi a produção de um documento, em 1983, intitulado “Aids – informações básicas”, que compilava artigos publicados no exterior e tratava da epidemia apenas nos Estados Unidos. A situação só se alterou em 1985: em fins do governo militar, apenas com o início do Programa Capacitação de Recursos Humanos para o Controle de Infecções Hospitalares, coordenado pela Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES); já no governo civil de José Sarney, com a criação do programa de controle da AIDS, sob a responsabilidade da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS) vinculada à SNPES, que deflagrou, pela Portaria n. 236/1985, critérios diagnósticos e estratégias de ação.¹⁸

Por isso, em 1986, com a criação da Comissão de Assessoramento em AIDS, que posteriormente viria a ser a Comissão Nacional de AIDS (CNAIDS), com a inclusão dos subtemas “vigilância epidemiológica” e “sangue e hemoderivados” no VIII CNS e com a realização dos debates com o tema “Aids e a Constituinte”, o governo federal não só pretendia dar uma resposta às reivindicações de dois grupos de movimentos sociais, os

16 BARROS, Sandra Garrido de. **Política Nacional de Aids**: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil. Salvador: Edufba, 2018, p. 56-58.

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. A Reforma Leser: a arquitetura de um projeto de saúde pública paulista, 1967-1979. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 4, p. 267-283, 2019.

17 BARROS, Sandra Garrido de. **Política Nacional de Aids**: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil. Salvador: Edufba, 2018, p. 54.

18 BARROS, Sandra Garrido de. **Política Nacional de Aids**: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil. Salvador: Edufba, 2018, p. 71-74.

homossexuais e os hemofílicos, mas também criar protocolos de prevenção, educação sanitária, diagnóstico e tratamento.¹⁹ Invocando a VIII CNS que referendara as ações integradas de saúde, a DNDS/SNPES apresentou em cada debate do ciclo “Aids e a Constituinte” um esboço de propostas de intervenção que trazia recomendações não só vinculadas à assistência médica, mas também relativas a direitos sociais trabalhistas e previdenciários e a direitos e garantias individuais.²⁰

Em relação a direitos trabalhistas e previdenciários, pretendia-se a inclusão da AIDS no rol de enfermidades que garantiam ao segurado acometido o direito a auxílio-doença ou à aposentadoria por invalidez independente de período de carência; a liberação imediata de cotas de PIS-PASEP, FGTS e qualquer outro pecúlio a que o paciente fizesse jus; a uniformização de procedimentos administrativos nas várias agências do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em relação ao processamento de pedidos de benefícios previdenciários de segurados diagnosticados com AIDS; e a garantia de manutenção do emprego das pessoas vivendo com AIDS, impedindo sua demissão sem justa causa. Em relação aos direitos e garantias individuais, buscava-se impedir o cerceamento de acesso a transporte, habitação, estabelecimentos de ensino, lazer, saúde, atividades culturais, religiosas e de serviços, atendimento médico de urgência; incluir, na lei de imprensa, vedação à divulgação de nomes, imagens, resultados clínicos e laboratoriais de pacientes e familiares sem autorização; obrigar a inserção, nos meios de comunicação, das campanhas de esclarecimento feitas pelos serviços públicos de saúde; criar uma legislação específica que tornasse obrigatória tanto a realização de sorologia no sangue coletado, quanto a inativação viral em hemoderivados; garantir assistência jurídica para regularização dos atos de interesses dos pacientes, como testamento e pensão, e direito digno dos falecidos a serem velados e sepultados.²¹

Tal documento, findo o ciclo de debates “Aids e a Constituinte”, foi divulgado pelo MS em 1987 com o nome de “Estrutura e Proposta de Intervenção” e previa um plano de trabalho para os cinco anos vindouro.²² Assim, um efetivo planejamento para Programa

19 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **A Comissão Nacional de Aids: a presença do passado na construção do futuro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

20 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **AIDS: Aspectos sociais e legais. Propostas de intervenção**. Fundo Divisão de Segurança e Informações do Ministério da Saúde, BR-DFANBSB-IS. Documento BR DFANBSB IS.INF.ECE.16 (dossiê). Arquivo Nacional: Brasília, 1986n, p. 3-20.

21 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **AIDS: Aspectos sociais e legais. Propostas de intervenção**. Fundo Divisão de Segurança e Informações do Ministério da Saúde, BR-DFANBSB-IS. Documento BR DFANBSB IS.INF.ECE.16 (dossiê). Arquivo Nacional: Brasília, 1986n, p. 3-20.

22 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional

Nacional de AIDS finalmente surgia “quase dois anos depois que o Ministro da Saúde reconheceu-a como um problema de saúde pública emergente no país”.²³

Simultaneamente, a Constituinte também passava por um momento de “ensaio”. Não sem motivo, na mesa-redonda realizada na VIII CNS com o tema “Constituinte e saúde”, o advogado Guaracy da Silva Freitas, representando o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), fez questão de destacar que a OAB firmara posição contrária a “anteprojeto a ser feito por qualquer comissão, em qualquer gabinete, a ser remetido à futura Assembleia Nacional Constituinte”.²⁴ O contexto de tal afirmação remetia à Comissão Provisória de Estudos Constitucionais, apelidada Comissão dos Notáveis à época e de Comissão Afonso Arinos na posteridade, que fora instituída pelo presidente José Sarney no Decreto n. 91.450, de 18 de julho de 1985, com a função de desenvolver “pesquisas e estudos fundamentais, no interesse da Nação Brasileira, para futura colaboração aos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte”. Presidida pelo jurista Afonso Arinos de Melo Franco, desenvolveu suas atividades de julho de 1985 a setembro de 1986, quando apresentou a proposta de um Anteprojeto constitucional ao presidente. Tal proposta, porém, acabou sendo arquivada, no mesmo mês, no Ministério da Justiça.²⁵ Embora tenha servido para suscitar o debate público e até sido utilizado de modo não oficial por algumas subcomissões da futura ANC, tal Comissão dos Notáveis deu lugar a uma construção constitucional plural feita por vários atores e em várias etapas.

As regras de organização do processo legislativo que permitiram essa construção plural impactaram o comportamento dos parlamentares e influenciou o próprio resultado final: o texto constitucional de 1988.²⁶ Com o objetivo de permitir a participação de todos os parlamentares, o Regimento Interno criado estabeleceu um formato de construção descentralizada do texto constitucional. Os trabalhos começaram por 24 Subcomissões Temáticas, responsáveis por apresentar projetos preliminares no âmbito da sua temática. Os esboços produzidos foram a base da deliberação da etapa seguinte de Comissões Temáticas. As 8 comissões reuniram 63 constituintes e foram formadas pela reunião de

de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/SIDA-Aids. **Estrutura e Proposta de Intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987i.

23 MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, p. 41-65, 2002, p. 53.

24 BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional da Saúde, 8ª, Brasília, 1986. **Anais**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987h, p. 341.

25 ANDRADE, Paes de; BONAVIDES, Paulo. **História constitucional do Brasil**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991, p. 453-454.

26 GOMES, Sandra. O Impacto das Regras de Organização do Processo Legislativo no Comportamento dos Parlamentares: um estudo de caso da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988). **Dados**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 193–224, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582006000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/qx3MKmGPKfbWpQYLh6vmQMP/?lang=pt>.

3 subcomissões, cada uma.²⁷ Os trabalhos das Comissões e Subcomissões Temáticas eram conduzidos pela estrutura de presidência e relatoria. Os relatores detinham poder de agência por serem os responsáveis pela elaboração dos substitutivos e de rejeitar ou acolher as emendas apresentadas pelos parlamentares e os presidentes detinham o poder de direção da ordem dos trabalhos, com definição dos destaques e emendas apreciadas.²⁸

O Regimento Interno previu que líderes partidários indicariam os parlamentares que integrariam cada Comissão, de acordo com a proporcionalidade partidária.²⁹ O Partido Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e o Partido da Frente Liberal (PFL), os dois principais partidos, construíram um acordo para dividirem a maioria das indicações para as posições de relatores e presidentes.³⁰ Mário Covas, líder do PMDB na ANC, indicou maioria de membros mais à esquerda do partido como relatores das Subcomissões e Comissões Temáticas.³¹ As subcomissões deliberaram a partir de um modelo participativo tanto dos constituintes, como da sociedade civil: sugestões dos constituintes e da população, reuniões, audiências públicas. Os relatores prepararam anteprojetos, que receberam emendas dos parlamentares; para cada emenda os relatores emitiram parecer.³²

Os relatórios das subcomissões foram enviados para as respectivas Comissões Temáticas, que seguiram o mesmo processo deliberativo. Os relatórios das comissões foram enviados para a Comissão de Sistematização e sistematizados no Anteprojeto de

27 GOMES, Sandra. O Impacto das Regras de Organização do Processo Legislativo no Comportamento dos Parlamentares: um estudo de caso da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988). *Dados*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 193–224, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582006000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/qx3MKmGPKfbWpQYLh6vmQMP/?lang=pt>.

28 LAZZARI, Eduardo Alves. **Sistemas Tributários Regressivos em Democracias Desiguais: o caso brasileiro**. 2021. Universidade de São Paulo, [S. l.], 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/T.8.2021.tde-24082021-205305>. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-24082021-205305/pt-br.php>.

PILLATI, Adriano. **A Constituinte de 1987-1988: progressistas, conservadores, ordem econômica e regras do jogo**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2020.

29 GOMES, Sandra. O Impacto das Regras de Organização do Processo Legislativo no Comportamento dos Parlamentares: um estudo de caso da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988). *Dados*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 193–224, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582006000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/qx3MKmGPKfbWpQYLh6vmQMP/?lang=pt>.

30 PILLATI, Adriano. **A Constituinte de 1987-1988: progressistas, conservadores, ordem econômica e regras do jogo**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2020.

31 GOMES, Sandra. O Impacto das Regras de Organização do Processo Legislativo no Comportamento dos Parlamentares: um estudo de caso da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988). *Dados*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 193–224, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582006000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/qx3MKmGPKfbWpQYLh6vmQMP/?lang=pt>.

32 GOMES, Sandra. O Impacto das Regras de Organização do Processo Legislativo no Comportamento dos Parlamentares: um estudo de caso da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988). *Dados*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 193–224, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582006000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/qx3MKmGPKfbWpQYLh6vmQMP/?lang=pt>.

Constituição, com 501 artigos.³³ Após discussão, emenda e votação dentro da Comissão de Sistematização, construiu-se o Projeto-A, com 496 artigos, criticado pelo seu tamanho e por supostamente ser cheio de incoerências. O Projeto-A foi encaminhado para o recebimento de emendas do plenário e, após pareceres, transformou-se no Primeiro Substitutivo (apelidado de Cabral I). Com a ausência de acordo político para a continuidade do processo legislativo previsto no Regimento Interno, foi apresentado o Segundo Substitutivo (Cabral II), não previsto regimentalmente, com 264 artigos.³⁴

Os três projetos de Constituição foram votados pela Comissão de Sistematização e o Projeto-A foi aprovado. Gomes³⁵ analisa que esse seria o resultado esperado para uma Comissão de Sistematização composta estrategicamente com predominância de forças progressistas entre os seus membros, em comparação com o Plenário. Composta por 93 parlamentares, dos quais 16 eram os relatores progressistas de Comissões e Subcomissões Temáticas indicados por Mário Covas,³⁶ a Comissão aprovou o texto considerado mais progressista. A aprovação do Projeto-A elevou as tensões políticas e as forças conservadoras formaram uma aliança (Centrão) com poder para alterar o Regimento Interno. Em janeiro de 1988 foi aprovado o novo Regimento Interno, com garantia de mais poder para modificações do Projeto de Constituição pelo Plenário.³⁷

Conforme o novo processo legislativo estabelecido, o Projeto seguiu diretamente para o plenário, onde recebeu novas emendas. O conjunto de emendas que já haviam

33 A Comissão Temática da Família, Educação, Cultura e Esportes, Ciência e Tecnologia, e da Comunicação foi a única que não conseguiu apresentar anteprojeto para a Comissão de Sistematização.

34 GOMES, Sandra. O Impacto das Regras de Organização do Processo Legislativo no Comportamento dos Parlamentares: um estudo de caso da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988). **Dados**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 193–224, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582006000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/qx3MKmGPKfbWpQYLh6vmQMP/?lang=pt>.

35 GOMES, Sandra. O Impacto das Regras de Organização do Processo Legislativo no Comportamento dos Parlamentares: um estudo de caso da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988). **Dados**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 193–224, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582006000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/qx3MKmGPKfbWpQYLh6vmQMP/?lang=pt>.

36 Na Subcomissão de Tributos, Participação e Distribuição de Receitas, houve apresentação de uma chapa alternativa que venceu a disputa para composição da mesa diretora. Na área tributária, as disputas regionais prevaleceram. Pelo acordo entre PFL e PMDB foram indicados apenas parlamentares das regiões Sul e Sudeste para a composição das posições de presidência e relator das subcomissões da Comissão de Sistema Tributário, Orçamento e Finanças. A chapa alternativa, com Fernando Bezerra Coelho (PMDB/PE) como relator, foi a vencedora, de forma que um dos relatores que integraram a Comissão de Sistematização não foi indicado por Mário Covas. Ver: LAZZARI, Eduardo Alves. **Sistemas Tributários Regressivos em Democracias Desiguais: o caso brasileiro**. 2021. Universidade de São Paulo, [S. l.], 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/T.8.2021.tde-24082021-205305>. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-24082021-205305/pt-br.php>.

37 GOMES, Sandra. O Impacto das Regras de Organização do Processo Legislativo no Comportamento dos Parlamentares: um estudo de caso da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988). **Dados**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 193–224, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582006000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/qx3MKmGPKfbWpQYLh6vmQMP/?lang=pt>.

sido recebidas foram consideradas prejudicadas. Entre as novas emendas estavam as 11 emendas coletivas (assinadas por maioria absoluta) propostas pelo Centrão e que buscavam a substituição de 11 capítulos do projeto. As emendas dessa natureza podiam alterar qualquer parte do texto do projeto e foram votadas primeiro, sem a necessidade de requerimento de preferência de votação, embora não houvesse consenso dentro do grupo para a aprovação de todas essas propostas.³⁸

As alterações aprovadas geraram o aumento do tempo de apreciação do Projeto e, portanto, dos trabalhos da ANC. O custo político e econômico do tempo tornou-se um fator de pressão dos atores políticos, que buscaram acelerar o processo pela “centralização das negociações ao redor dos líderes partidários, solução esta que acabou exigindo uma tarefa hercúlea de negociações das emendas e destaques a serem votados”.³⁹ No primeiro turno da votação do projeto, os líderes dos maiores partidos com representação na ANC reuniram-se no turno da manhã para buscar um consenso quanto ao conteúdo das emendas e, de tarde, ocorreram as discussões e votações em plenário.⁴⁰ O texto do projeto também foi votado em um segundo turno, que se encerrou na madrugada de 1º para 2 de setembro. A votação da redação final do texto constitucional de 1988 ocorreu em 22 de setembro.

3. COMOÇÃO E HIERARQUIAS SEXUAIS: AS VÍTIMAS DA AIDS

Se em 1986 a Constituinte foi pauta dos debates da Comissão de Assessoramento em AIDS, a epidemia esteve presente durante todo o processo constituinte de 1987-88 no imaginário dos parlamentares, fossem eles progressistas, moderados ou conservadores. Na construção do processo legislativo da ANC, a saúde foi matéria da Comissão Temática da Ordem Social e da sua Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente, mas

38 GOMES, Sandra. O Impacto das Regras de Organização do Processo Legislativo no Comportamento dos Parlamentares: um estudo de caso da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988). **Dados**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 193–224, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582006000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/qx3MKmGPKfbWpQYLh6vmQMP/?lang=pt>.

39 GOMES, Sandra. O Impacto das Regras de Organização do Processo Legislativo no Comportamento dos Parlamentares: um estudo de caso da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988). **Dados**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 193–224, 2006, p. 210. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582006000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/qx3MKmGPKfbWpQYLh6vmQMP/?lang=pt>.

40 GOMES, Sandra. O Impacto das Regras de Organização do Processo Legislativo no Comportamento dos Parlamentares: um estudo de caso da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988). **Dados**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 193–224, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582006000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/qx3MKmGPKfbWpQYLh6vmQMP/?lang=pt>.

PILLATI, Adriano. **A Constituinte de 1987-1988**: progressistas, conservadores, ordem econômica e regras do jogo. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2020.

a discussão sobre a AIDS não se restringiu a esses espaços e apresentou-se relacionada a diferentes assuntos, interesses, sujeitos, espaços e momentos dentro da Constituinte.

O reconhecimento da epidemia de AIDS como um problema de saúde pública que precisava ser enfrentado atravessou as fronteiras ideológicas, mas as propostas de políticas de prevenção e enfrentamento apresentadas possuíam profundo vínculo com o campo político de cada sujeito. A impossibilidade de se evitar a epidemia dentro das discussões da Constituinte foi colocada pela população brasileira no processo de apresentação de sugestões para a ANC. O termo “AIDS” esteve presente em 25 sugestões da população e em uma sugestão da constituinte Eunice Michiles (PFL/AM). Ainda em março de 1987, nos primeiros momentos dos trabalhos da ANC, Onofre Corrêa (PMDB/MA), utilizou-se da tribuna para defender a responsabilidade dos constituintes no enfrentamento à AIDS.⁴¹

No campo progressista, as sugestões da população^{42 43} apresentaram a necessidade de se olhar para a saúde dos brasileiros, da garantia constitucional de um sistema de saúde que garantisse a prevenção, o enfrentamento e a busca pela cura da AIDS, com propostas de garantia orçamentária para essa finalidade,⁴⁴ distribuição gratuita de preservativos,⁴⁵ estabelecimento de convênios de pesquisa,⁴⁶ construção de

41 BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 25 de 11.03.1987. **Ata da 30ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 10 de março de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987c. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/025anc11mar1987.pdf>.

42 Ideia de que a população enviase sugestões para a futura Constituinte surge da definição de como a Secretaria de Tecnologia da Informação (Prodasen) colaboraria com a elaboração da nova Constituição. Ver: MONCLAIRE, Stéphane (org.). **A Constituição Desejada: SAIC**: as 72.719 sugestões enviadas pelos cidadãos brasileiros à Assembléia Nacional Constituinte. Brasília: Senado Federal, 1991. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/512414>.

43 As sugestões, assim como as emendas populares e as audiências públicas constituíram formas de participação popular no processo constituinte.

44 BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem L012. Data 25/08/86. DV 1. Tipo 10. **FORMUL 300**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986i. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=663-85&sgBase=SAIC&q=aids>.

45 BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem C010. Data 01/06/86. DV 1. Tipo 10. **FORMUL 141**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986d. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=36-804&sgBase=SAIC&q=aids>.

46 BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem C011. Data 24/04/86. DV 9. Tipo 10. **FORMUL 274**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986f. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=23-443&sgBase=SAIC&q=aids>.

hospitais,⁴⁷ aulas sobre saúde,⁴⁸ palestras em centros de saúde e escolas⁴⁹ e distribuição de folhetos explicativos.⁵⁰

Posicionamentos antidiscriminatórios estiveram presentes nas pautas do movimento sanitarista atuante da ANC e encontraram recepção no anteprojeto da Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, proposto por Carlos Mosconi (PMDB/MG), com a proposta de igualdade formal e material do direito à saúde. O caput do artigo primeiro previu que “a saúde é um dever do Estado e um direito de todos” e o parágrafo único que caberia ao Estado assegurar “as ações dignas de vida e acesso igualitário, as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com suas necessidades”,⁵¹ conquista que permaneceu no artigo 196 do texto constitucional aprovado.

A AIDS também foi mobilizada nas discussões sobre direitos sexuais tematizando os efeitos da pandemia para a vida das pessoas que gestam. Em sugestão despachada para a Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso, Eunice Michiles sugeriu que a Constituição assegurasse o direito ao aborto nos casos de fetos contaminados com o

47 BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem C010. Data 02/06/86. DV 3. Tipo 10. **FORMUL 244**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986e. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=37-057&sgBase=SAIC&q=aids>.

48 O constituinte Bezerra de Melo (PMDB) apresentou emendas ao Projeto de Constituição, com a proposta de acréscimo do parágrafo que contempla a sugestão: “Constituirá disciplina nas escolas de primeiro e segundo grau, noções sobre tóxicos e sobre AIDS”.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Emendas). **Emenda 1P10546-3**. Emenda que propõe a criação da disciplina de noções sobre tóxicos e AIDS. Brasília, DF: Senado Federal, 1987v, p.1101. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-228.pdf>.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Emendas). **Emenda ES24450-7**. Emenda que propõe a criação da disciplina de noções sobre tóxicos e AIDS. Brasília, DF: Senado Federal, 1987ab, p. 933. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-237.pdf>.

BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem L011. Data 03/09/86. DV 8. Tipo 10. FORMUL 254. Brasília, DF: Senado Federal, 1986h. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=71-585&sgBase=SAIC&q=aids>.

49 BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem C003. Data 19/06/86. DV 5. Tipo 10. **FORMUL 075**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986b. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=38-440&sgBase=SAIC&q=aids>.

50 BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem L025. Data 29/08/86. DV 0. Tipo 10. **FORMUL 602**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986j. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=69-687&sgBase=SAIC&q=aids>.

51 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Anteprojeto). Comissão da Ordem Social. Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. **Anteprojeto de Subcomissão**. Brasília: Congresso Nacional, 1987j. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/Documentos-Avulsos/vol-192.pdf>.

HIV.⁵² A constituinte retoma essa proposta durante a 9ª Reunião da Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso, em diálogo com a exposição de Eleonora M. de Oliveira, representante do Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM), sobre a importância de o Estado garantir o acesso e o acompanhamento do uso de métodos contraceptivos.^{53 54}

Entretanto, discursos religioso-conservadores contrários aos métodos contraceptivos e vociferados em uma pretensa “defesa da família, da nação e da moralidade” também mobilizam a AIDS. A atuação de constituintes ligados a designações religiosas e representantes de sociedade civil desse campo que buscaram incidir na ANC teve como um dos seus focos a política de comunicação nacional. Em nome da proteção das famílias, crianças e jovens, Orlando Pacheco (PFL/SC) afirmou que “abismo atrai abismo” para defender que as campanhas de conscientização veiculadas nos meios de comunicação como forma de prevenção ao HIV/AIDS faria “o comércio do des pudor, da mais desabrida imoralidade. Os lares são invadidos por expressões indecorosas e por verdadeiras aulas de prostituição e de homossexualismo”.⁵⁵

A AIDS como punição pela prática de comportamentos sexuais dissidentes e a prática de comportamentos sexuais dissidentes como fonte de propagação da AIDS inundam o pensamento desse campo político. “O combate eficiente à Aids só se alcança com uma profunda modificação nos hábitos sexuais e o reestabelecimento de uma vida dentro de critérios morais”, defende Eugênio Sales, arcebispo do Rio de Janeiro, no artigo AIDS e a Moral Sexual, que Jorge Arbage (PDS/PA) registrou na tribuna

irresponsabilidade de encarar o terrível flagelo [AIDS] fora de sua principal fonte de propagação: os desregramentos de ordem moral. Ilusório buscar outro caminho. O preservativo não é a solução segura, pois não elimina totalmente a contaminação e deixa na mente da juventude a falsa impressão de que

52 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação. Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso. **Ata da 9ª reunião em 29 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987l.

53 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação. Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso. **Ata da 9ª reunião em 29 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987l.

54 Eunice Michiles também apresentou emendas para que o aborto fosse permitido nesses casos. BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Emendas). **Emenda 1P08342-7**. Emenda que propõe casos de permissão do aborto. Brasília, DF: Senado Federal, 1987u, p. 875. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-228.pdf>.

55 BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 44 de 11.04.1987. **Ata da 49ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 10 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987d, p. 1279. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/044anc11abr1987.pdf>.

o sexo é aceitável fora da instituição matrimonial. Ou ainda, que a prática do homossexualismo, evitando o risco da Aids, é permitida.⁵⁶

Dentro do campo conservador também foram apresentadas sugestões da população. Houve propostas discriminatórias, como a obrigatoriedade da cremação de corpos de pessoas com doenças transmissíveis e a criminalização da prática da homossexualidade e a pena de morte para homossexuais, com cremação dos corpos, como forma de prevenção e erradicação da AIDS⁵⁷ e defendeu-se que a epidemia não seria uma questão de saúde, mas de corrupção moral.⁵⁸ Um homem que não se identificou, de Jacareí, São Paulo, Brasil, com idade entre 30 e 39 anos e renda entre 5 e 10 salários mínimos, defendeu que estaria “na hora de nossas autoridades reconhecerem (*sic*) que a AIDS é consequência (*sic*) da pouca vergonha e da decadência moral de um País”.⁵⁹ No pano de fundo das discussões há um embate travado na Constituinte entre a compreensão da contaminação como uma responsabilidade individual ou como uma questão de saúde pública que deve ser enfrentada por ações estatais de prevenção e assistência sem a discriminação das pessoas que estão doentes, independente do seu modo de contágio. Na 243ª sessão, Eliel Rodrigues (PMDB/PA) solicitou a publicação nos Anais do artigo Nova Vitória da AIDS, por Goleada, em que Vicente Amato Neto estende a responsabilidade individual à constituição da obrigação de indenizar.

As entidades que congregam pederastas, os bissexuais e os defensores da liberdade de toxicômanos, sempre discursando com base no repúdio à repressão sexual e às atitudes coercitivas, têm a obrigação, em face à progressão da Aids, de responsabilizar-se pelo custeio das consequências (*sic*) do mal, no que tange à assistência e percalços congêneres.⁶⁰

56 BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 172 de 28.01.1988. **Ata da 188ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 28 de janeiro de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988d, p. 6624. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/172anc28jan1988.pdf>.

57 BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem L001. Data 01/08/86. DV 0. Tipo 10. **FORMUL 002**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986g. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=71-585&sgBase=SAIC&q=aids>.

58 BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem C010. Data 29/05/86. DV 2. Tipo 10. **FORMUL 250**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986c. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=36-563&sgBase=SAIC&q=aids>.

59 BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem L026. Data 02/09/86. DV 9. Tipo 40. **FORMUL 626**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986k. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=71-207&sgBase=SAIC&q=aids>.

60 BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 222 de 09.04.1988. **Ata da 243ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 08 de abril de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988f, p. 9255. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/222anc09abri1988.pdf>.

A problemática da transmissão do HIV por meios distintos do ato sexual aparece de forma recorrente nas discussões constituintes. Em especial, a contaminação por transfusão de sangue e de crianças nascidas de gestantes soropositivas reverte-se de elemento retórico com capacidade de produção da comoção⁶¹ dos atores políticos para a elaboração de respostas políticas. Ermelinda S. Fortes, idosa moradora do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, com idade superior a 59 anos e renda de até 1 salário mínimo, apresentou sugestão para a Constituinte destinada especificamente para José Carlos Coutinho (PL/RJ), com o relato de que assistiu na televisão o caso de uma pessoa que foi infectada doando o seu sangue. Essa história a moveu para apresentar a sugestão de que fossem criados mecanismos de fiscalização dos bancos de sangue e “asilos” para os infelizes da “Aids”. No encerramento da sua proposta, utiliza-se de argumentações próximas do campo conservador: o nacionalismo (“mostre que ainda existem brasileiros patriotas e humanos”) e a solidariedade cristã (“se este tocar seu coração reconhecendo e aceitando todos estes infelizes com temor que falte espaço porque um coração cristão sempre cabem de um até mil”).⁶²

O relato de Ermelinda Fortes delinea o movimento afetivo por ela realizado, uma reação moral e afetiva de inquietação que surgiu ao conhecer a perda de uma pessoa infectada pelo HIV. A esse afeto, Gessica Silva⁶³ nomeia como comoção: “um afeto político de movimento. [...] a reação moral e afetiva de inquietação ao se defrontar com os fatos que deram origem à perda do objeto amado”. O sentimento de perda retirou Ermelinda do seu estado, a movimentou em direção ao ato político de participação direta no processo constituinte por meio do instrumento de sugestão. Com sua proposição, ao utilizar-se inclusive de narrativas nacionalistas e religiosas, busca espelhar seu movimento ao constituinte José Carlos Coutinho, comovê-lo para que promova respostas políticas de enfrentamento à AIDS. Na fase de subcomissões, essa estratégia foi mobilizada por integrantes da sociedade civil, como Neusa Callassine, presidente da Associação Brasileira dos Talassêmicos, que relatou que a talassemia requeria a realização de uma transfusão de sangue a cada 20 dias e seu temor diante da insegurança decorrente do

61 SILVA, Géssica Priscila Arcanjo Da. **Entre os Afetos e as Decisões Judiciais:** um estudo da comoção no caso Miguel Otávio. 2023. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Brasília, Brasília, 2023. Disponível em: <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/47292>.

62 BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem C002. Data 02/06/86. DV 2. Tipo 14. **FORMUL 033**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986a. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=36-846&sgBase=SAIC&q=aids>.

63 SILVA, Géssica Priscila Arcanjo Da. **Entre os Afetos e as Decisões Judiciais:** um estudo da comoção no caso Miguel Otávio. 2023, p. 32-33. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Brasília, Brasília, 2023. Disponível em: <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/47292>.

uso de sangue contaminado com HIV. A recusa dos bancos de sangue de realizarem a sorologia por causa do seu custo e pelo reaproveitamento de materiais como seringas já teria infectado 3 crianças ligadas à Associação.⁶⁴

Durante os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte houve o falecimento do sociólogo Éder Sader e do cartunista Henrique de Sousa Filho, o Henfil, em decorrência de complicações da AIDS. Tanto Éder Sader, como Henfil eram hemofílicos e foram infectados com o HIV em procedimento de transfusão de sangue. Constituintes do campo progressista realizaram homenagens a eles. No dia seguinte ao óbito de Henfil, José Genoíno (PT/SP) apelou aos constituintes que “a tragédia da morte do companheiro Henfil deve servir como um grito de esperança para que as autoridades brasileiras e a consciência do povo encarem esse grande problema da AIDS com outra postura, com maior seriedade e maiores cuidados”⁶⁵ e Aldo Arantes (PCdoB/GO) evocou a responsabilidade do Ministério da Saúde e dos órgãos públicos de tomarem medidas mais rigorosas de controle da coleta de sangue, “caso contrário, os hemofílicos, como é o caso de Henfil, do Betinho e de um terceiro irmão, continuarão a correr risco de vida”.⁶⁶

Posturas semelhantes foram manifestadas por Roberto D’Ávila (PDT/RJ) e Roberto Jefferson (PTB/RJ) e, em seções seguintes, por Olívio Dutra (PT/RS), Victor Faccioni (PDS/RS) Maurílio Ferreira Lima (PMDB/PE) e José Elias Murad (PTB/MG). O fator de comoção, para além do reconhecimento público como cartunista e da relação de proximidade com alguns dos parlamentares, emerge do modo de infecção pelo qual Henfil adquiriu o HIV: “quando verificamos a morte pela AIDS de alguns componentes desses grupos de riscos [homossexuais e usuários de drogas injetáveis], pelo menos podemos ter em princípio uma justificativa: foi uma opção, uma opção que fizeram em seu estilo de vida. Mas quando ocorre uma morte como essa [...], contaminado num processo terapêutico, isso nos causa um estado de profunda indignação”.⁶⁷

64 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Ordem Social. Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias. **Ata da 8ª reunião ordinária em 29 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987o.

65 BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 163 de 06.01.1988. **Ata da 179ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 15 de dezembro de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1988a, p. 6292. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/163anc06jan1988.pdf>.

66 BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 163 de 06.01.1988. **Ata da 179ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 15 de dezembro de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1988a, p. 6294. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/163anc06jan1988.pdf>.

67 BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 164 de 07.01.1988. **Ata da 180ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 06 de janeiro de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988b, p. 6317. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/164anc07jan1988.pdf>.

O posicionamento de José Murad, representativo do imaginário de ideias do momento constituinte sobre a AIDS, desvela como a narrativa da responsabilidade individual pelo seu próprio contágio rompe a fronteira ideológica e, informada pela moral, estabelece divisões hierárquicas entre os hemofílicos e talassêmicos e os homossexuais e usuários de drogas injetáveis. O primeiro grupo é construído como vítima inocentes da AIDS e o segundo como culpado pelo processo e, em alguns posicionamentos, como fato de perigo para hemofílicos e talassêmicos, tornando necessário o combate à “promiscuidade sexual” em discursos progressistas e aos próprios homossexuais nos discursos religiosos-conservadores. Trata-se de uma hierarquia de valores sexuais,⁶⁸ em que o discurso político traça e mantém uma linha imaginária entre quem é vítima e quem é culpado, a partir da hierarquia sexual entre quem foi infectado e mantém práticas sexuais “boas”, “normais” e “naturais” e quem violar essas regras.

Como resposta política à comoção, foram apresentadas as propostas de tornar crime de ação pública “a transmissão de infecção hospitalar, a negligência e a imperícia no tratamento médico, e a utilização de sangue contaminado e de drogas não recomendáveis”,⁶⁹ estatizar os serviços de coleta e distribuição de sangue no Brasil⁷⁰ e vedar a comercialização de sangue.⁷¹ No período também chegou a ser aprovada a Lei 7649/1988,⁷² que estabeleceu a “obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças”.

68 RUBIN, Gayle. **Políticas do Sexo**. São Paulo: ubu, 2017.

69 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Emendas). **Emenda 7B0066-8**. Emenda que propõe a criminalização da transmissão de infecção hospitalar, negligência, a omissão e a imperícia no tratamento médico, e a utilização de sangue contaminado e de drogas não recomendáveis. Brasília, DF: Senado Federal, 1987z, p. 86. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/Document-osAvulsos/vol-193-3.pdf>.

70 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Emendas). **Emenda 2P00477-6**. Emenda que propõe que a coleta e distribuição de sangue no Brasil somente será procedida nos Femocentros mantidos pelo Poder Público. Brasília, DF: Senado Federal, 1987x, p. 181. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-254.pdf>.

71 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Emendas). **Emenda 1P17453-8**. Emenda que propõe a vedação de todo tipo de comercialização de sangue, órgãos e tecidos humanos. Brasília, DF: Senado Federal, 1987w, p. 1827. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/Do-cumentosAvulsos/vol-229.pdf>.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Emendas). **Emenda ES23055-7**. Emenda que propõe a vedação de todo tipo de comercialização de sangue, órgãos e tecidos humanos. Brasília, DF: Senado Federal, 1987aa, p. 573. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/Do-cumentosAvulsos/vol-236.pdf>.

72 BRASIL. **Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988**. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1988i. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/l7649.htm.

4. A VEDAÇÃO DE DISCRIMINAÇÃO POR ORIENTAÇÃO SEXUAL

Durante a mesa-redonda intitulada “Constituinte e saúde”, realizada no VIII CNS, Carlos Correa de Menezes Sant’Anna (PMDB/BA), que fora Ministro da Saúde de março de 1985 a fevereiro de 1986, sugeriu um enunciado normativo que deveria constar da futura Constituição Federal: “Art. 1º. A saúde é um direito fundamental e inalienável de todos e dever do Estado. Parágrafo único. Em relação à saúde, todos são iguais, sem distinção de sexo, idade, raça, trabalho, credo religioso, convicções políticas ou de região do País que habite”.⁷³ Não havia qualquer menção a que se vedasse distinções baseadas em orientação sexual – ou mesmo, para se usar termos da época, preferência ou opção sexual. Não podia o deputado invocar a escusa de ignorância. Durante o exercício da chefia do Ministério da Saúde, foi-lhe encaminhado, pelo Grupo Gay da Bahia (GGB), pedido de providências em relação ao tratamento preconceituoso veiculado pelos meios de comunicação – e, em especial, pelo jornal A Tarde.⁷⁴ Por isso, a omissão do deputado é bastante indiciária das razões que levaram à mobilização do então MHB para incluir a vedação de discriminação por orientação sexual na Constituição Brasileira.

Tal mobilização teve início tão logo os meios de comunicação passaram a divulgar a epidemia da AIDS no país. Em abril de 1982, um boletim do GGB questionava o teor discriminatório de uma reportagem veiculada pela revista Manchete e intitulada “Uma doença de homossexuais”.⁷⁵ Em julho de 1982, o GGB organizou, na Associação dos Funcionários Públicos da Bahia, um júri popular com o tema “Os meios de comunicação e o homossexualismo” para o qual foram convidados representantes de jornais, rádios e TV, a fim de que lhes fosse apresentado um dossiê composto por reportagens nas quais os homossexuais eram pejorativamente referidos. No jornal baiano A Tarde, por exemplo, gays eram chamados “invertidos, pervertidos, imorais, coluna do meio, terceiro sexo, bichas, frescos, anormais”.⁷⁶ Como resultado de tal júri, o GGB elaborou um protocolo de tratamento jornalístico da questão que (i) vedava a utilização de termos vulgares e preconceituosos para se referir a homossexuais, (ii) proibia a veiculação de matérias com teor machista e anti-científico em relação à homossexualidade, (iii)

73 BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional da Saúde, 8ª, Brasília, 1986. **Anais**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987h, p. 330.

74 LELIS, Rafael Carrano. Despatologização, ética jornalística e Constituinte: elementos da articulação política do MHB na luta pela cidadania sexual na década de 1980. **REBEH – Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 4, n. 14, p. 54-81, maio-ago. 2021ª, p. 66.

75 BARROS, Sandra Garrido de. **Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil**. Salvador: Edufba, 2018 p. 52.

76 CARNEIRO, Ailton José dos Santos. **Homossexuais em trânsito: representações, militância e organização política homossexual na Bahia, 1978-1988**, p. 119. Dissertação (Mestrado em História Social). Universidade Federal da Bahia: Salvador, 2017.

vedava a divulgação da orientação sexual de criminosos e delinquentes, (iv) cobrava, dos meios de comunicação, espaço para esclarecimentos e debates relativos à vivência homossexual e, dos profissionais de comunicação, uma contínua capacitação sobre o tema, especialmente considerando os trabalhos científicos mais recentes cujo acesso o próprio GGB pretendia franquear.⁷⁷

A denúncia feita pelo GGB, bem como a sugestão de um novo protocolo de ética jornalística, foram encaminhados não só ao Ministério da Saúde, mas também ao Ministério das Comunicações, ao Ministério da Justiça, à OAB e à Associação Brasileira dos Jornalistas. Tal campanha acabou fazendo com que, no XXI Congresso Nacional de Jornalistas, ocorrido em novembro de 1986, fosse aprovada por unanimidade uma emenda ao então art. 10, “d” do Código de Ética do Jornalista a fim de incluir a vedação da prática de perseguição ou discriminação por motivo de orientação sexual.⁷⁸ Era a segunda vitória do MHB. No ano anterior, um parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM) acolhera a campanha contrária à patologização da homossexualidade, a fim de que o “homossexualismo”, embora constasse na subcategoria 302.0 da categoria 302 (Desvio e Transtornos Sexuais) da Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS), deixasse de ser considerado uma doença no Brasil.⁷⁹ Com isso, o MHB acreditou que seria possível uma vitória ainda maior: obter a proteção explícita da Constituição vindoura.

A primeira abordagem foi feita na Comissão dos Notáveis. Hélio Santos, único negro que integrava a Comissão, já mencionou ter sido, à época, procurado pelo Grupo Carioca de Liberação Homossexual Triângulo Rosa, cujo Diretor de Comunicação era João Antônio Mascarenhas, para que a vedação à discriminação por motivo de orientação sexual fosse incluída no anteprojeto. Hélio Santos, aliás, disse ter levado a proposta adiante, mas que ela acabou sendo rejeitada em prol do termo genérico particularidade.^{80 81} Assim, a redação final do art. 11, § 1º do Anteprojeto ficou: “Ninguém

77 CARNEIRO, Ailton José dos Santos. **Homossexuais em trânsito**: representações, militância e organização política homossexual na Bahia, 1978-1988. Dissertação (Mestrado em História Social). Universidade Federal da Bahia: Salvador, 2017, p. 120.

78 HOWES, Robert. João Antônio Mascarenhas (1927-1998): pioneiro do ativismo homossexual no Brasil. *Cadernos AEL*, v.10, n.18/19, p. 291-309, 2003, p. 301.

LELIS, Rafael Carrano. Despatologização, ética jornalística e Constituinte: elementos da articulação política do MHB na luta pela cidadania sexual na década de 1980. **REBEH – Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 4, n. 14, p. 54-81, maio-ago. 2021^a, p. 66.

79 HOWES, Robert. João Antônio Mascarenhas (1927-1998): pioneiro do ativismo homossexual no Brasil. *Cadernos AEL*, v.10, n.18/19, p. 291-309, 2003, p. 301.

80 SANTOS, Hélio. 35 Anos da Constituição Federal – Negros. Entrevista concedida ao Programa Ponto de Vista da TV Câmara. Exibição: 5/10/2023. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=oOYFjwgvvVA>. Acesso em: 9/12/2023.

81 Em audiência pública realizada na Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias, João Mascarenhas mencionou uma versão distinta na qual a inclusão do termo

será prejudicado ou privilegiado em razão de nascimento, raça, cor, sexo, trabalho rural ou urbano, religião, convicções políticas ou filosóficas, deficiência física ou mental e qualquer particularidade ou condição social”. Depois, na própria Assembleia Nacional Constituinte, tal pedido de inclusão textual voltou a ser feito. João Mascarenhas chegou a participar de duas audiências públicas: na Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias no dia 29 de abril de 1987 e na Subcomissão dos Direitos Políticos e Garantias Individuais no dia seguinte. Porém, se a abordagem discriminatória feita pelos meios de comunicação sobre a disseminação da AIDS no Brasil havia despertado o MHB para a necessária inclusão de enunciado normativo protetivo das distintas orientações sexuais na Constituição, a mesma abordagem discriminatória presente entre os deputados constituintes acabaria colocando barreiras à sua aprovação.

A estratégia de João Mascarenhas nas audiências públicas da Constituinte foi a de desvincular o pleito de proteção constitucional à orientação sexual de qualquer relação, mesmo histórica, com a AIDS. Uma estratégia coerente com a atuação do Triângulo Rosa que atribuíra “um papel relativamente reduzido à ação preventiva contra a AIDS, concentrando-se nas campanhas políticas em prol dos direitos dos homossexuais”.⁸² Em sua argumentação, embora demarcasse sua fala como uma vivência autêntica de um “oprimido estigmatizado”,⁸³ tentava criar identificações com a audiência heterossexual, ao ressaltar que a proteção pleiteada também os alcançaria já que a categoria “orientação sexual engloba heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade”,⁸⁴ como também diferenciações, numa estratégia que já foi denominada inclusão excludente,⁸⁵ ao demarcar de modo enfático a distinção entre homossexual e travesti-prostituto.⁸⁶ A

particularidade teria partido do próprio Hélio Santos: “Recebemos uma carta do Professor em que S. S^a diz que lamentava ter usado aquela expressão, que, no momento, tinha-lhe parecido a mais correta e foi pensando em beneficiar os homossexuais, ou melhor, em proibir essa discriminação”. Ver: BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Ordem Social. Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias. **Ata da 8^a reunião ordinária em 29 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987o, p. 101.

82 HOWES, Robert. João Antônio Mascarenhas (1927-1998): pioneiro do ativismo homossexual no Brasil.p. 302. **Cadernos AEL**, v.10, n.18/19, p. 291-309, 2003, p. 302.

83 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Ordem Social. Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias. **Ata da 8^a reunião ordinária em 29 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987o.

84 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Ordem Social. Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias. **Ata da 8^a reunião ordinária em 29 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987o, p. 100.

85 LELIS, Rafael Carrano; OLIVEIRA, Adriana Vidal de. Inclusão excludente: limitações da incidência política na luta pela inclusão da orientação sexual na Assembleia Nacional Constituinte. RDP – **Revista Direito Público**, v. 18, n. 97, p. 763-791, jan.-mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.11117/rdp.v18i97.5050>. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/5050>.

86 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Ordem Social. Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e

referida identificação chegou a ser acolhida pelo deputado constituinte José Genoíno que, ao propor a emenda aditiva n. 1225 ao projeto sistematizado a fim de incluir a expressão “orientação sexual”, dava como motivação o combate ao “preconceito que existe em relação aos heterossexuais, aos homossexuais e aos bissexuais”; e se parece estranha a menção à existência de qualquer preconceito contra heterossexuais, Genoíno inclui em tal grupo os padres e as freiras que precisam se abster de relações sexuais em razão do voto de fé que professam, fazendo uma interpretação bastante particular do que seria orientação sexual: “o celibatário faz uma opção sexual, recebe uma orientação sexual, portanto, não pode ser discriminado”.⁸⁷

Em relação à distinção, Mascarenhas pretendia criticar a ênfase que os meios de comunicação davam à orientação sexual de delinquentes e, por consequência, a sinonímia que se criava entre “homossexual” e “travesti-prostituto” ao frisar “a homossexualidade de um delinqüente, quando a orientação sexual desse não tem nada a ver com o delito”, induzindo “gratuita e erroneamente, uma vinculação pretensamente automática entre a homossexualidade e o submundo, especialmente com a prostituição”.⁸⁸ Porém, ao fazer isso, não só legitimou a criminalização de profissionais do sexo, como estabeleceu uma hierarquização de desejos, performances, expressões e identidades entre as pessoas dissidentes de sexualidade e de gênero, o que acabou sendo admitido pelos demais parlamentares. Não é surpresa que, após tal fala, Ubiratan Spinelli (PDS/MT) tenha manifestado uma taxionomia estratificada em cujo topo figuravam “os homossexuais educados, comedidos”, seguidos pelos “gays, que fazem o trabalho mais de perturbação, de escândalos perante a sociedade” e cuja base era formada por “travestis que induzem a juventude ao uso de drogas” e à prostituição.⁸⁹ Mas, interessava também a Mascarenhas romper a vinculação imagética entre doença e homossexualidade. Assim, se por um lado ele destacava a atuação do MHB junto ao CFM buscando despatologizar as orientações sexuais dissidentes, o que levou os especialistas da Medicina a superarem o uso da subcategoria 302.0 (CID/OMS), fazendo com que não fosse possível considerar a homossexualidade uma doença, por outro lado não interessava a ele reaproximar imageticamente os homossexuais de uma nova enfermidade: a AIDS. Assim, embora

Minorias. **Ata da 8ª reunião ordinária em 29 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987o, p. 101.

87 BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 173 de 29.01.1988. **Ata da 189ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 28 de janeiro de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988e, p. 442.

88 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher. Subcomissão dos Direitos Políticos e Garantias Individuais. **Ata da 12ª reunião em 30 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987s, p. 114.

89 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher. Subcomissão dos Direitos Políticos e Garantias Individuais. **Ata da 12ª reunião em 30 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987s, p. 115.

o contexto social gerasse severas discriminações às pessoas vivendo com HIV, o que ficara evidente na proposta de intervenção do MS em relação a direitos previdenciários, trabalhistas, sanitários e individuais, Mascarenhas atribuía tal processo à revelação da homossexualidade, nunca ao pânico social causado pela AIDS: “essa discriminação [...] é porque muitas pessoas perdem o emprego, perdem o afeto da família, perdem a consideração dos outros, no momento em que descobrem que elas são homossexuais”, injustiças que também englobariam “a pessoa ser despejada da moradia, ser posta fora da escola”.⁹⁰

Porém, aqueles que se opunham à inclusão no texto constitucional do enunciado normativo que vedasse discriminações por orientação sexual, em especial os integrantes da bancada evangélica,⁹¹ fizeram questão de estabelecer esta reaproximação entre AIDS e homossexualidade. A principal tese veiculada por tal grupo era a de que a AIDS era uma consequência imediata, uma punição, um castigo divino decorrente da disseminação de práticas sexuais contrárias aos preceitos bíblicos. A título de exemplo, seguem trechos de discursos proferidos por tais deputados constituintes:

(i) João de Deus Antunes (PDT/RS, membro da Assembleia de Deus): “[...] não vim aqui para passar a mão na cabeça de dois ou três que vêm do Triângulo não-sei-do-quê, do Rio de Janeiro, integrantes desses movimentos diabólicos e pervertidos [...] A Aids, o câncer são pragas que têm descido do céu por causa da imoralidade, da sem-vergonhice de certos elementos”;⁹²

(ii) Antônio de Jesus (PMDB/GO, membro da Assembleia de Deus): “Então, a AIDS – isto é indiscutível – e uma maldição resultante, até, desses desvios sexuais [homossexualidade]”;⁹³

(iii) Costa Ferreira (PFL/MA, membro da Assembleia de Deus): “[...] com a epidemia da AIDS infectando todo o mundo. Parece que Deus, na hora certa executa seu plano. E este chegou o momento exato! Quando os homens estavam no auge da liberdade, começaram a ficar com medo. [...] Se a expressão ‘orientação sexual’ for mantida aqui, no texto do Anteprojeto, haverá devassidão total. Sem isto, ela já está por aí! Todo mundo tem liberdade! O homossexual masculino sai por aí vestido de mulher, com peruca loura, sapato alto e tudo o mais!... Lésbicas

90 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher. Subcomissão dos Direitos Políticos e Garantias Individuais. Ata da 12ª reunião em 30 de abril de 1987. Brasília: Congresso Nacional, 1987s, pp. 116-117.

91 A bancada evangélica, como um coletivo organizado de caráter suprapartidário, congregava 34 deputados constituintes e, numericamente, só era menor que as bancadas partidárias do PMDB e do PFL. Sobre a composição histórica da bancada evangélica, cf. Pinheiro, 2008.

92 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher. **Ata da 4ª reunião em 25 de maio de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987q, p. 20-21.

93 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher. **Ata da 11ª reunião em 9 de junho de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987r, p. 87.

saem vestidas de homem, cortam o cabelo, usam barba!... Quem é que está discriminando essa gente?”;

(iv) Eliel Rodrigues (PMDB/PA, membro da Assembleia de Deus): “Daí a nossa preocupação de que se devem tomar medidas contrárias a atual prática do amor livre e do homossexualismo, pelos visíveis prejuízos que causam a toda a sociedade, como é o caso da recente epidemia da AIDS” (Brasil, 198a, p. 529);⁹⁴ “Com isso estaremos contribuindo em benefício da população brasileira, trazendo-lhe ao conhecimento que a origem dessa enfermidade resulta de um inteiro desvirtuamento dos princípios naturais e salutarres, estabelecidos por Deus, para o relacionamento sexual da raça humana [...] É meu intuito, portanto, [...] conclamar os ilustres constituintes para que, ao elaborarmos nossa Carta Magna, busquemos dotá-la de princípios morais, não tolerando a prática do homossexualismo e do sexo livre, pelos males que trazem em seu bojo, entre eles a terrível AIDS. [...] apesar de sua etiologia biológica, essa doença degenerativa tem conotação maligna”;⁹⁵

(v) Orlando Pacheco (PFL/SC, membro da Assembleia de Deus): “O pânico gerado por esta peste, que pode ser consagrada como símbolo de permissividade que toma conta de todos os setores da sociedade brasileira, mobiliza especialistas, governantes, religiosos e políticos na denúncia do mal, mas pouco se conscientizam de que o homem apenas colhe os furtos de sua desobediência a Deus”;⁹⁶

(vi) Nelson Aguiar (PMDB/ES, membro da Igreja Batista): “Há pouco, líamos no velho e sagrado livro – que tantos têm colocado no arquivo e que tantas vezes tem sido perseguido – Paulo, Apóstolo, advertindo a respeito exatamente desses aspectos da vida humana. Dizia que os homens que se deram ao luxo de manter relações sexuais com os homens, em si mesmos receberão a justa retribuição. Aí está a AIDS” (Brasil, 1987f, p. 26).^{97 98}

Importante frisar que, embora tal argumentação circulasse prioritariamente entre integrantes da bancada evangélica, era igualmente localizada no discurso de outros constituintes e convidados que se manifestavam no Parlamento. A título de exemplo, Dirce Tutu Quadros (PSC/SP) demonstrou preocupação com as “[...] conseqüências (sic) que o homossexualismo esta[va] trazendo no momento – a Aids é uma série de outros efeitos”⁹⁹ e o médico Dermival da Silva Brandão, ao tratar do planejamento natural

94 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher. **Ata da 11ª reunião em 9 de junho de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987r, pp. 87-88.

95 BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 24 de 10.03.1987. **Ata da 29ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 9 de março de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987b, p. 7-8.

96 BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 44 de 11.04.1987. **Ata da 49ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 10 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987d, p. 245. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/044anc11abr1987.pdf>.

97 BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 113 de 03.08.1987. **Ata da 119ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 2 de agosto de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987f, p. 26.

98 O trecho a que se refere Nelson Aguiar, e que já havia sido mencionado também por outros integrantes da bancada evangélica, encontra-se em Romanos, capítulo 1, versículo 27: “Da mesma forma, também os homens, deixando o contato natural da mulher, se inflamaram mutuamente em sua sensualidade, cometendo indecência, homens com homens, e recebendo, em si mesmos, a merecida punição do seu erro” (Bíblia, versão Nova Almeida Atualizada).

99 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões).

familiar em nome da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) na Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso, afirmou: “As leis naturais, as leis físicas e químicas são impostas aos seres e do ponto de vista da pessoa humana elas são propostas. Mas uma vez violadas, se voltam contra o próprio homem. Temos aí a AIDS como prova disto”.¹⁰⁰

Desse modo, a desvinculação imagética entre doença e homossexualidade pretendida por Mascarenhas, tornando a reivindicação da proteção à orientação sexual totalmente cindida do contexto preocupante das pessoas vivendo com AIDS, não se mostrou exitosa. Isso também se verificou quando surgiu uma proposta aditiva ao elenco de vedações de discriminação: à proibição de discriminar pessoas doentes. A questão surgiu, inicialmente, de uma divergência entre Francisco Augusto Vieira Nunes, presidente do Movimento de Reintegração dos Hansenianos e vulgarmente conhecido como Bacurau, e o economista Paulo Roberto Moreira, assessor do Ministério da Cultura, ocorrido na audiência pública sobre “deficientes físicos”, realizada na Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias:

Francisco Nunes – No meu caso, fui discriminado. Aos 7 anos, porque tinha hanseníase, não pude ir para a escola; aos 37, fui discriminado porque tinha tido hanseníase, já como professor. [...] Então, que as pessoas nunca sejam discriminadas por serem ou terem sido portadoras de doenças, quer seja hanseníase, quer seja AIDS, quer seja uma outra doença qualquer. E isto que falta, inclusive, na nossa Constituição atual [...] que não sejam discriminadas por doença.

Paulo Moreira – [...] até onde a discriminação é uma coisa perversa, ou se é possível que a discriminação seja uma coisa necessária? Uma pessoa que sabe que é portadora de AIDS, por exemplo, [...] mantém uma relação sexual com outra pessoas, contaminando-a; isso parece ser um crime, imagino, porque vai comprometer a vida de outra pessoa. V Sa. não acha que seria necessário, primeiro, uma auto-discriminação e, depois, uma discriminação propriamente dita, num caso como este?

Francisco Nunes – [...] A AIDS, porque é uma doença fatal, mas não pode ser discriminada. Devemos ter medo da doença e não da pessoa que a porta”.¹⁰¹

Comissão da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher. Subcomissão dos Direitos Políticos e Garantias Individuais. **Ata da 12ª reunião em 30 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987s, p. 115.

100 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação. Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso. **Ata da 6ª reunião em 23 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987k, p. 50.

101 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Ordem Social. Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias. **Ata da 9ª reunião ordinária em 30 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987p, p 125.

Posteriormente, Carlos Sant'Anna, que na mesa-redonda “Constituinte e saúde” já referida havia proposto a vedação de discriminações relativas a sexo, idade, raça, trabalho, credo religioso, convicções políticas ou origem geográfica, acolheu a sugestão de Francisco Nunes e propôs, na Comissão da Ordem Social, fosse incluído em tal rol proibitivo o preconceito motivado por “doenças, deficiências físicas sensorial ou mental”. À ocasião, José Elias Murad interrompeu-o para questionar: “Mesmo a AIDS?”. “Mesmo a AIDS, claro. Não sejam por isto discriminados ou prejudicados em função de que portem em curso ou sob forma de seqüela” respondeu Sant'Anna.¹⁰² Curiosamente, a inclusão desta nova proteção se deu na mesma seção em que a deputada constituinte Benedita da Silva (PT/RJ) pediu a substituição da expressão “identidade sexual” por “orientação sexual” no rol das vedações à discriminação. Por fim, Arthur da Távola, ciente das “dezenas de enfermos [de AIDS] que não [eram] aceitos nos hospitais”, propôs, igualmente sem êxito, ter proposto emenda aditiva ao enunciado normativo que afirmava que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” para acrescentar ao final a expressão “mesmo durante a ocorrência de doenças fatais”.¹⁰³

Ao final, o MHB não foi vitorioso na sua estratégia focal de garantir um enunciado normativo constitucional antidiscriminatório em relação aos homossexuais que, após a Constituinte, pudesse ensejar reformas derivadas em leis infraconstitucionais.¹⁰⁴ A proteção à orientação sexual, embora possa ser considerada abarcada pelo sobreprincípio protetivo da dignidade da pessoa humana, acabou não obtendo uma menção expressa no texto constitucional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início de 1988, ao indicar que vários colegas constituintes integrantes do Centrão começavam a admitir um mandato de quatro anos, ao invés de cinco, para o Presidente José Sarney (PMDB) por força da pressão das ruas, Percival Muniz (PMDB/MT) acabou criando um neologismo: APPS, a Síndrome da Pressão Popular Adquirida. Para além da

102 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Ordem Social. **Ata da 9ª reunião ordinária em 12 de junho de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987n, p. 107.

103 BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 222 de 09.04.1988. **Ata da 243ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 08 de abril de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988f, p. 686. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/222anc09abri1988.pdf>.

104 MARTINS, Alexandre Nogueira. **Caminhos da criminalização da LGBTfobia: racionalidade criminalizante, neoliberalismo e democratização**. Dissertação (Mestrado em Sociologia/FFLCH). Universidade de São Paulo: São Paulo, 2020, p. 109.

falta de sensibilidade de utilizar como metáfora uma doença estigmatizadora, dolorosa e, à época, altamente letal, Muniz apontava que a APPS seria uma epidemia positiva: “[...] ao mesmo tempo em que repudiamos a AIDS [...] queremos que a APPS [...] cresça tanto que faça com que a maioria dos Constituintes modifique suas posições fisiológicas e volte a votar de acordo com os compromissos assumidos nas ruas”.¹⁰⁵ Ocorre, porém, que a pressão das ruas em relação à AIDS e a automática vinculação da doença aos homossexuais pelo senso comum acabou fazendo com que os constituintes se eximissem de assumir uma proteção expressa de tais vulnerabilizados e de cumprir uma função contramajoritária protetiva lastreada no fundamento da dignidade da pessoa humana e no objetivo fundamental de proteção do bem de todos sem quaisquer discriminações, ambos admitidos no texto constitucional.

Embora a pressão das ruas não se manifestasse de modo organizado, as sugestões populares à Constituição de criminalização da prática da homossexualidade, de pena de morte para homossexuais e de obrigatoriedade de cremação dos corpos das vítimas fatais são indiciárias do pânico social causado pela disseminação do HIV/AIDS. Nesta brecha, tanto a Igreja Católica quanto a bancada evangélica, que embora se colocasse como minoria digna de proteção em temas de liberdade religiosa atribuía-se o papel de representante da maioria moralista na defesa “dos bons costumes”,¹⁰⁶ assumiram uma posição opositora a que os avanços já obtidos pelo MHB, como a despatologização da homossexualidade e a vedação de discriminação por orientação sexual nos meios de comunicação, alcançassem um patamar constitucional. Tal contexto favorável ao padrão heteronormativo fazia com que os constituintes se sentissem à vontade para defender posições ou apresentar argumentos que operassem no limite da desumanização das pessoas dissidentes de sexualidade e de gênero, culpabilizadas, juntamente com os drogaditos, pela disseminação da doença.

Não sem motivo, Nelson Carneiro (PMDB/RJ) ter achado interessante um debate sobre “a conveniência de não se deixar nascer os filhos de mulheres que sofre[sse]m da AIDS, porque o filho transmitiria necessariamente a AIDS”, clara posição de controle biopolítico dos corpos femininos;¹⁰⁷ Joaquim Haickel (PMDB/MA), para se contrapor à proposta por Amaral Netto (PDS/RJ) de instituição da pena de morte nas hipóteses

105 BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 167 de 14.01.1988. **Ata da 183ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 13 de janeiro de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988c, p. 188.

106 PINHEIRO, Douglas Antônio Rocha. **Direito, Estado e Religião: a Constituinte de 1987/1988 e a (re)construção da identidade religiosa do sujeito constitucional brasileiro**. Belo Horizonte: Argumentvm, 2008, p. 81-97.

107 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação. **Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso. Ata da 16ª reunião em 13 de maio de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987m, p. 239.

de lei militar em tempo de guerra externa, de assalto, roubo, seqüestro e estupro de mulheres e crianças seguidos de morte, ter considerado adequado utilizar o argumento de que a constitucionalização do direito de matar os elementos sociais perigosos acabaria alcançando a loucos e portadores da AIDS;¹⁰⁸ José Costa (PMDB/AL), ainda que sob pretexto de requerer informações, ter dado destaque a um artigo da Folha de São Paulo que publicizava uma suposta solução dada por um cirurgião mineiro, segundo a qual homossexuais seriam submetidos à “vasectomia bilateral e [ao] corte de três músculos do pênis para esterilizar e evitar a ereção”, já que seria uma ofensa aos direitos humanos permitir que “a ereção inflam[ass]e a AIDS e contamin[ass]e a humanidade”;¹⁰⁹ Feres Nader (PTB/RJ) ter defendido o confinamento dos contaminados, especialmente indígenas e menores, até que a ciência descobrisse uma droga capaz de eliminar o vírus,¹¹⁰ posicionamento que Eduardo Jorge (PT/SP) já havia denunciado ser compartilhado por Ricardo Veronesi, fundador da Sociedade Brasileira de Infectologia, quando foi o mesmo cogitado para substituir Sérgio Arouca na Presidência da Fundação Oswaldo Cruz.¹¹¹ A prova de normalização dessa desumanização no tempo se evidencia quando, anos depois, o jurista Virgílio Afonso da Silva, ao exemplificar as subregras da proporcionalidade, entendia pertinente afirmar que “se, para combater a disseminação da Aids, o Estado decidisse [...] que todos os infectados fossem encarcerados [...] a medida seria, sem dúvida, adequada e necessária”, por fomentar o fim almejado e ser eficaz, devendo deixar de ser aplicada, somente, por ferir a subregra da proporcionalidade em sentido estrito.¹¹²

Os constituintes de 1987-88, ao vincularem imagetivamente a AIDS aos homossexuais, interromperam o processo lento mas gradual de afirmação de direitos que o MHB conseguira na década de 1980 e anteciparam o obstáculo crescente que o Poder Legislativo – salvo raras exceções, como a Lei n. 9.313/1996¹¹³ – passaria a oferecer

108 BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher. Subcomissão dos Direitos Políticos e Garantias Individuais. **Ata da 18ª reunião em 8 de maio de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987t, p 188.

109 BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 94 de 15.07.1987. **Ata da 100ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 14 de julho de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987e, p. 236-237.

110 BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 298 de 25.08.1988. **Ata da 324ª sessão, extraordinária vespertina, da Assembléia Nacional Constituinte, em 24 de agosto de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988h, p. 13060.

111 BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 159 de 16.12.1987. **Ata da 175ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 15 de dezembro de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987g, p. 520.

112 SILVA, Virgílio Afonso da. O proporcional e o razoável. **Revista dos Tribunais**, v. 798, p. 23-50, abr. 2002, p. 40.

113 Lei que tornou obrigatória a distribuição de medicamentos antirretrovirais pelo Sistema Único de Saúde.

aos direitos de pessoas dissidentes de sexualidade e de gênero. Com isso, após tímidas tentativas de garantia de direitos feitas pelo Poder Executivo, quer pelas menções pontuais incluídas nas duas versões do Programa Nacional de Direitos Humanos, respectivamente de 1996 e de 2002, durante o governo Fernando Henrique Cardoso, quer pelo programa Brasil Sem Homofobia durante o primeiro governo Luiz Inácio Lula da Silva (PT), em 2004, foi no Poder Judiciário que a proteção às populações LGBTQIAP+ ganharam corpo. Assim, somente três décadas depois, é que alguns nós de exclusão foram desatados. Se durante a Constituinte a vedação à discriminação por orientação sexual não foi expressamente incluída como enunciado normativo da Constituição Federal, em 2019 o STF, ao julgar a Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão (ADO) n. 26, equiparou ao racismo, como crime imprescritível e inafiançável, “as condutas homofóbicas e transfóbicas, reais ou supostas, que envolv[a]m aversão odiosa à orientação sexual ou à identidade de gênero”.¹¹⁴ Se durante a Constituinte os homossexuais foram considerados culpados pela disseminação do vírus HIV e, portanto, algozes de receptores de sangue, como os hemofílicos, em 2020 o STF afirmou que “não se pode tratar os homens que fazem sexo com outros homens e/ou suas parceiras como sujeitos perigosos, inferiores”, devendo-lhes garantir o direito de doar sangue em respeito à sua dignidade e autonomia privada.¹¹⁵

Nos anos subsequentes à Constituinte, momento em que Mascarenhas havia feito a demarcação hierarquizante entre o homossexual e o travesti-prostituto, o MHB passou por um processo de complexificação de seu sujeito político, movido por outras dissidências de sexualidade e de gênero que não se sentiam representadas pela agência gay, o que levou ao surgimento da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT) em 1995, da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA que, originariamente, significava Articulação Nacional de Transgêneros) em 2000, da Liga Brasileira de Lésbicas em 2003, do Coletivo Brasileiro de Bissexuais em 2005, da Associação Brasileira de Homens Trans (ABHT) em 2011, do Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT) em 2013, da Associação Brasileira de Intersexos (ABRAI) em 2018.¹¹⁶ Tal pluralização de atores não tornou a disputa da esfera pública menos acirrada, especialmente porque às conquistas judiciais costumam se seguir backlashes legislativos de teor conservador. Ao menos, o que se espera, é que as políticas públicas

114 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão n. 26/DF**. Rel.: Min. Celso de Mello, 13 de junho de 2019. Brasília: STF, 2019.

115 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 5.543/DF**. Rel.: Min. Edson Fachin, 11 de maio de 2020. Brasília: STF, 2020.

116 CARVALHO, Mario; CARRARA, Sergio. Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 14, p. 319-351, ago. 2013.

FACCHINI, Regina. Múltiplas identidades, diferentes enquadramentos e visibilidades: um olhar para os 40 anos do movimento LGBT. In: GREEN, James et al. (org.). **História do movimento LGBT no Brasil**. São Paulo: Alameda, 2018, p. 311-329.

que atualmente se pleiteiam possam ser implementadas sem o custo das vidas de pessoas dissidentes de sexualidade e de gênero. Que a memória de quem faleceu pela negligência estatal ou pela discriminação social heteronormativa nos primeiros anos da AIDS sirva como um permanente alerta

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Paes de; BONAVIDES, Paulo. **História constitucional do Brasil**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Seguridade Social no Brasil. **Rev Serv Públ.**, a. 49, n. 3, p. 99-119, jul.-set. 1998.

BARROS, Sandra Garrido de. **Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil**. Salvador: Edufba, 2018.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 20 de 25.02.1987. **Ata da 23ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 24 de fevereiro de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987a. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/020anc25fev1987.pdf>.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 24 de 10.03.1987. **Ata da 29ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 9 de março de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987b.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 25 de 11.03.1987. **Ata da 30ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 10 de março de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987c. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/025anc11mar1987.pdf>.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 44 de 11.04.1987. **Ata da 49ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 10 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987d. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/044anc11abr1987.pdf>.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 94 de 15.07.1987. **Ata da 100ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 14 de julho de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987e.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 113 de 03.08.1987. **Ata da 119ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 2 de agosto de 1987.** Brasília: Congresso Nacional, 1987f.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 159 de 16.12.1987. **Ata da 175ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 15 de dezembro de 1987.** Brasília: Congresso Nacional, 1987g.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 163 de 06.01.1988. **Ata da 179ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 15 de dezembro de 1987.** Brasília: Congresso Nacional, 1988a. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/163anc06jan1988.pdf>.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 164 de 07.01.1988. **Ata da 180ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 06 de janeiro de 1988.** Brasília: Congresso Nacional, 1988b. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/164anc07jan1988.pdf>.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 167 de 14.01.1988. **Ata da 183ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 13 de janeiro de 1988.** Brasília: Congresso Nacional, 1988c.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 172 de 28.01.1988. **Ata da 188ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 28 de janeiro de 1988.** Brasília: Congresso Nacional, 1988d. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/172anc28jan1988.pdf>.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 173 de 29.01.1988. **Ata da 189ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 28 de janeiro de 1988.** Brasília: Congresso Nacional, 1988e.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 222 de 09.04.1988. **Ata da 243ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 08 de abril de 1988.** Brasília: Congresso Nacional, 1988f. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/222anc09abri1988.pdf>.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 251 de 27.05.1988. **Ata da 274ª sessão da Assembléia Nacional Constituinte, em 26 de maio de 1988.** Brasília: Congresso Nacional, 1988g.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte (Diário), n. 298 de 25.08.1988. **Ata da 324ª sessão, extraordinária vespertina, da Assembléia Nacional Constituinte, em 24 de agosto de 1988.** Brasília: Congresso Nacional, 1988h.

BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem C002. Data 02/06/86. DV 2. Tipo 14. **FORMUL 033**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986a. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=36846&sgBase=SAIC&q=aids>.

BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem C003. Data 19/06/86. DV 5. Tipo 10. **FORMUL 075**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986b. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=38440&sgBase=SAIC&q=aids>.

BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem C010. Data 29/05/86. DV 2. Tipo 10. **FORMUL 250**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986c. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=36563&sgBase=SAIC&q=aids>.

BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem C010. Data 01/06/86. DV 1. Tipo 10. **FORMUL 141**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986d. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=36804&sgBase=SAIC&q=aids>.

BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem C010. Data 02/06/86. DV 3. Tipo 10. **FORMUL 244**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986e. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=37057&sgBase=SAIC&q=aids>.

BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem C011. Data 24/04/86. DV 9. Tipo 10. **FORMUL 274**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986f. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=23443&sgBase=SAIC&q=aids>.

BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem L001. Data 01/08/86. DV 0. Tipo 10. **FORMUL 002**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986g. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=71585&sgBase=SAIC&q=aids>.

BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem L011. Data 03/09/86. DV 8. Tipo 10. **FORMUL 254**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986h. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=71585&sgBase=SAIC&q=aids>.

BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem L012. Data 25/08/86. DV 1. Tipo 10. **FORMUL 300**. Brasília, DF:

Senado Federal, 1986i. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=66385&sgBase=SAIC&q=aids>.

BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem L025. Data 29/08/86. DV 0. Tipo 10. **FORMUL 602**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986j. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=69687&sgBase=SAIC&q=aids>.

BRASIL. Bases históricas. Sugestões da população para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988 (SAIC). Origem L026. Data 02/09/86. DV 9. Tipo 40. **FORMUL 626**. Brasília, DF: Senado Federal, 1986k. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=1&codDocumento=71207&sgBase=SAIC&q=aids>.

BRASIL. Bases históricas. Sugestão dos constituintes à Constituinte de 1988 (SGCO). **Sugestão Número 07018**. Recebimento 06/05/87. Cadastramento 26/05/87.. Brasília, DF: Senado Federal, 1986l. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/baseshist/asp/detalheDocumento.asp?codBase=5&codDocumento=7012&sgBase=SGCO&q=aids>.

BRASIL. **Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988**. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1988i. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/l7649.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional da Saúde, 8ª, Brasília, 1986. **Relatório Final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986m.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional da Saúde, 8ª, Brasília, 1986. **Anais**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 236, de 2 de maio de 1985. Cria o Programa de Controle da SIDA ou AIDS. **Diário Oficial**, seção 1. Brasília, 6 de maio de 1985, p. 6856.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/SIDA-Aids. **Estrutura e Proposta de Intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987i.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **AIDS: Aspectos sociais e legais. Propostas de intervenção**. Fundo Divisão de Segurança e Informações do Ministério da Saúde, BR-DFANBSB-IS. Documento BR DFANBSB IS.INF.ECE.16 (dossiê). Arquivo Nacional: Brasília, 1986n, p. 3-20.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Anteprojeto). Comissão da Ordem Social. Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. **Anteprojeto de Subcomissão**. Brasília: Congresso Nacional, 1987j. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-192.pdf>.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação. Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso. **Ata da 6ª reunião em 23 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987k.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação. Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso. **Ata da 9ª reunião em 29 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987l.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação. Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso. **Ata da 16ª reunião em 13 de maio de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987m.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Ordem Social. **Ata da 9ª reunião ordinária em 12 de junho de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987n.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Ordem Social. Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias. **Ata da 8ª reunião ordinária em 29 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987o.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Ordem Social. Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias. **Ata da 9ª reunião ordinária em 30 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987p.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher. **Ata da 4ª reunião em 25 de maio de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987q.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher. **Ata da 11ª reunião em 9 de junho de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987r.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher. Subcomissão dos Direitos Políticos e Garantias Individuais. **Ata da 12ª reunião em 30 de abril de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987s.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Atas de Comissões). Comissão da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher. Subcomissão dos Direitos Políticos e Garantias Individuais. **Ata da 18ª reunião em 8 de maio de 1987**. Brasília: Congresso Nacional, 1987t.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Emendas). **Emenda 1P08342-7**. Emenda que propõe casos de permissão do aborto. Brasília, DF: Senado Federal, 1987u, p. 875-876. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-228.pdf>.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Emendas). **Emenda 1P10546-3**. Emenda que propõe a criação da disciplina de noções sobre tóxicos e AIDS. Brasília, DF: Senado Federal, 1987v, p. 1101-1102. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-228.pdf>.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Emendas). **Emenda 1P17453-8**. Emenda que propõe a vedação de todo tipo de comercialização de sangue, órgãos e tecidos humanos. Brasília, DF: Senado Federal, 1987w, p. 1827. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-229.pdf>.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Emendas). **Emenda 2P00477-6**. Emenda que propõe que a coleta e distribuição de sangue no Brasil somente será procedida nos Femocentros mantidos pelo Poder Público. Brasília, DF: Senado Federal, 1987x, p. 181. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-254.pdf>.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Emendas). **Emenda 2P01144-6**. Emenda que propõe a criação da disciplina de noções sobre tóxicos e AIDS. Brasília, DF: Senado Federal, 1987y, p. 422. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-255.pdf>.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Emendas). **Emenda 7B0066-8**. Emenda que propõe a criminalização da transmissão de infecção hospitalar, negligência, a omissão e a imperícia no tratamento médico, e a utilização de sangue contaminado e de drogas não recomendáveis. Brasília, DF: Senado Federal, 1987z, p. 86. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/>

[DocumentosAvulsos/vol-193-3.pdf](#).

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Emendas). **Emenda ES23055-7**. Emenda que propõe a vedação de todo tipo de comercialização de sangue, órgãos e tecidos humanos. Brasília, DF: Senado Federal, 1987aa, p. 573. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-236.pdf>.

BRASIL. Senado Federal. Anais da Assembleia Nacional Constituinte (Emendas). **Emenda ES24450-7**. Emenda que propõe a criação da disciplina de noções sobre tóxicos e AIDS. Brasília, DF: Senado Federal, 1987ab, p. 933. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/constituicao20anos/DocumentosAvulsos/vol-237.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **A Comissão Nacional de Aids: a presença do passado na construção do futuro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão n. 26/DF**. Rel.: Min. Celso de Mello, 13 de junho de 2019. Brasília: STF, 2019.



Gostaria de submeter seu trabalho a **Revista Direito.UnB**?

Gostaria de submeter seu trabalho a Revista Direito.UnB?

Visite <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb>

e saiba mais sobre as nossas Diretrizes para Autores.

DESAFIOS ATUAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT

CURRENT CHALLENGES OF NATIONAL POLICY FOR COMPREHENSIVE HEALTH FOR LGBT

Recebido: 14/11/2023

Aceito: 12/08/2024

Maria do Socorro Veloso de Albuquerque

Doutora em Saúde Pública (Centro de Pesquisa Aggeu Magalhaes/FIOCRUZ/2011), Mestre em Serviço Social/UFPE/2000. Residência Multiprofissional em Medicina Preventiva e Social (1995). Experiência em Política, Planejamento e Gestão. Trabalha com Análise de Políticas Políticas e Avaliação da atenção básica. Área acadêmica de Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas. Universidade Federal de Pernambuco, Coordenadora do Internato em Saúde Coletiva I e II do Curso de Medicina da UFPE. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FIOCRUZ - PE.

E-mail: msoveloso@gmail.com



Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1520-700X>

Manoel Sebastião da Costa Lima Júnior

Manoel Sebastião da Costa Lima Junior possui licenciatura e bacharelado em Ciências Biológicas e pós-graduação lato sensu em Biologia molecular pela Universidade Católica Dom Bosco . Recebeu pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul o título de mestre em Ciência Animal na área de sanidade animal e o título de doutor em doenças infecciosas e parasitárias. Tem experiência nas áreas de parasitologia humana e veterinária, imunologia molecular, biotecnologia, diagnóstico molecular de leishmaniose visceral, caracterização molecular de espécies de Leishmania em diferentes hospedeiros (domésticos ou silvestres), identificação molecular de T. cruzi em humanos e triatomíneos, genética molecular e tipagem molecular de isolados clínicos e ambientais de Cryptococcus. É autor de publicações em periódicos nacionais e internacionais no campo da parasitologia, especialmente sobre leishmanioses. Atualmente é membro da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical e pesquisador em saúde pública da FIOCRUZ - Instituto Aggeu Magalhães.

E-mail: manoel.lima@fiocruz.br



Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5693-912X>



Este é um artigo de acesso aberto licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações Internacional 4.0 que permite o compartilhamento em qualquer formato desde que o trabalho original seja adequadamente reconhecido.

This is an Open Access article licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License that allows sharing in any format as long as the original work is properly acknowledged.

Francisco Emanuel Alves Gonçalves

Aluno do Mestrado Profissional em Saúde Pública da Fiocruz-PE. Pós-graduado em Gestão em Saúde pela Universidade do Vale do São Francisco e em Gestão Pública, pela Faculdade Internacional Signorelli; graduado em Biomedicina pela Universidade Federal de Pernambuco com conhecimento nas áreas de imunopatologia envolvendo resistência genética à doenças, imunidade inata, com ênfase em técnicas de cultivo celular, PCR convencional e PCR em tempo real (qRT-PCR). Foi bolsista de desenvolvimento na TissueBond, onde desenvolveu atividades na área de controle de qualidade em concentrados de trombina e fibrinogênio obtidos pela tecnologia TissueBond 2BCS e auxiliou no desenvolvimento de pesquisas na área de agregação plaquetária. Atuou como professor de ensino técnico no Instituto de Ensino Superior - IES, como técnico administrativo na UFRPE/UAG e UAST (aprovado em 1º lugar), e atualmente é servidor público de carreira do Ministério Público do Estado de Pernambuco, exercendo a função de Administrador da Sede Nível II das Promotorias de Serra Talhada.

E-mail: goncalves.fea@icloud.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-4214-3680>

RESUMO

Ao classificar a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero como determinante social da saúde, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT) foi um marco histórico no reconhecimento das especificidades e vulnerabilidades dessa população. E através do seu Plano Operativo definiu quatro Eixos Estratégicos para a concretização de suas diretrizes. No entanto, apesar de mais de 10 anos de sua publicação a PNSILGBT ainda encontra diversas barreiras para sua implementação. O presente estudo buscou, através de uma revisão integrativa e análise de conteúdo por categorias temáticas baseadas nos eixos estratégicos do Plano Operativo da PNSILGBT, compreender quais os desafios atuais para a implementação dessa política. Os resultados indicaram que as barreiras para a concretização da política em ações efetivas ainda são principalmente o preconceito e na discriminação dentro e fora dos serviços de saúde e apontam a necessidade de melhorias na formação e qualificação de profissionais de saúde, no fomento a pesquisas sobre a população LGBT, no monitoramento e avaliação das ações em saúde e revisão da própria política para garantir visibilidade a todas as identidades que compõem a comunidade LGBT. Assim, urgente a necessidade de implementação plena da PNSILGBT e o reconhecimento de todas as identidades, com suas especificidades, para assim atingirmos a tão sonhada equidade.

Palavras-chave: Políticas de Saúde, LGBT, Política Nacional de Saúde Integral LGBT, Minorias Sexuais e de Gênero.

ABSTRACT

By classifying discrimination based on sexual orientation and gender identity as a social determinant of health, the National Policy for Comprehensive Health for LGBT (NPCHLGBT) was a historic milestone in recognizing the specificities and vulnerabilities of this population. And through its Operational Plan, it defined four Strategic Axes for the implementation of its guidelines. This study sought, through an integrative review and content analysis by thematic categories based on the strategic axes of the NPCHLGBT Operational Plan, to understand the current challenges for policy implementation. The results indicated that the barriers to policy implementation into effective actions still are prejudice and discrimination within and outside health services and they pointed to the need for improvements in the training and qualification of health

professionals, in promoting research on the LGBT population, monitoring and evaluating health actions and reviewing the policy itself to ensure visibility for all identities that make up the LGBT community. Therefore, there is an urgent need for full implementation of NPCHLGBT and the recognition of all identities, with their specificities, so that we can achieve the long-awaited equity.

Keywords: Health Policies, LGBT, National LGBT Comprehensive Health Policy, Sexual and Gender Minorities.

1. INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988 a saúde passou a ser direito de todos e, portanto, deveria o Estado provê-la mediante políticas sociais e econômicas com vistas à redução dos riscos de doenças e agravos, bem como garantir o acesso da população as ações e serviços de maneira universal e igualitária, buscando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

Regulamentando esse direito fundamental, a Lei 8.080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS, um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, guiado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, com o objetivo de identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, formular políticas de saúde e fornecer assistência em saúde às pessoas.

Nessa perspectiva, as políticas de saúde estabelecidas ao longo dos tempos têm o objetivo de promover uma saúde equânime para os usuários desse sistema, atentando-se para as especificidades das populações minoritárias e levando em consideração os condicionantes e determinantes sociais da saúde.

Foi sob essa ótica que foi instituída, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT), publicada pela Portaria nº 2.836/2011, que construída em conjunto com a sociedade e com ampla participação dos grupos representantes da comunidade LGBT, buscou estabelecer diretrizes para que as três esferas de governo estabeleçam ações que visem a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde da pessoa LGBT, no intuito de reduzir as iniquidades decorrentes da orientação sexual, que é a atração afetivo-sexual por pessoas do mesmo sexo ou sexo diferente; e identidade de gênero, que diz respeito a identificação subjetiva do gênero, podendo ser igual ou não ao gênero de nascimento; promovendo educação em saúde; melhor formação dos integrantes do SUS e combatendo a violência e a discriminação.

A PNSLGBT enfatiza que a orientação sexual e a identidade de gênero são determinantes e condicionantes da situação de saúde, além de reconhecer que a estigmatização e a exclusão social, assim como os resultados nocivos da discriminação,

da invisibilidade e da violência contra a população LGBT são geradores de sofrimento e limitam o acesso à saúde da população LGBT, e busca através de suas diretrizes superar esses males e promover a equidade no SUS.

Ademais, em seu conteúdo a PNSILGBT reconhece o sofrimento causado pela discriminação e pela exclusão social às pessoas LGBT, estabelecendo que o enfrentamento dessas mazelas sociais pelo Estado resultará na promoção da democracia social e da laicidade do Estado, bem como do reconhecimento do direito sexual como parte do direito fundamental à saúde.

Apesar dos avanços na formulação da política, os dados estatísticos demonstram quinda há muito o que se conquistar. De acordo com o relatório da ONG Transgender Europe, de 2021, 70% dos assassinatos de pessoas transexuais aconteceram na América do Sul e Central, sendo que 33% deles aconteceram no Brasil, o que não é novidade, visto que desde 2008 o país ocupa o 1º lugar no ranking de mortes violentas de pessoas LGBT no mundo, de acordo com os relatórios produzidos pela referida ONG (TRANSGENDER EUROPE, 2021).

Esse processo de violação de direitos está tão enraizado na sociedade brasileira que se faz presente até mesmo dentro da estrutura do Estado, inclusive nos setores estatais que estariam voltados para atender e entender as demandas específicas da população LGBTQIAPN+, como no Setor Saúde. Vários estudos demonstram que os processos de discriminação e violação de direitos a que pessoas LGBTQIAPN+ são submetidos no Sistema de Saúde brasileiro representam uma barreira no acesso à saúde, agravamento da marginalização social, baixa adesão aos tratamentos de saúde, má qualidade na prestação do serviço e como consequência menor expectativa de vida para essa população e enfraquecimento do próprio sistema de saúde, que não alcança seus ideais de universalidade e equidade (LIONÇO, 2008; LAURENTINO, 2015; SOUZA e HELAL, 2015; PRADO e MACHADO, 2017; NEGREIROS et al, 2019; MELO, 2020).

Além disso, ainda são incipientes as avaliações no Brasil da concretização do direito à saúde das pessoas LGBT, conforme estabelecido em suas diretrizes. Por isso empreendemos uma revisão integrativa para analisar as evidências sobre a experiência das pessoas LGBT no que diz respeito à operacionalização do acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; das ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT; da Educação permanente e educação popular e saúde com foco na população LGBT; no monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

Assim, o presente estudo partiu da seguinte pergunta: como os estudos têm indicado os desafios atuais na operacionalização dos principais eixos de ações estabelecidos na PNSILGBT?

2. Metodologia

Trata-se de um estudo com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico e baseado na experiência vivenciada pelos autores por ocasião da realização de uma revisão integrativa. Buscou-se explorar a produção da literatura científica quanto às publicações relativas à implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos últimos 10 anos (2013 a 2023) identificando seus desafios.

Mas antes, necessário esclarecer que no presente estudo, adotamos a sigla LGBT unicamente para adequação ao nome da PNSILGBT, não esquecendo de incluir nesse estudo, quando mencionada a sigla reduzida, todas as identidades previstas na sigla mais atualizada, qual seja LGBTTTQIAP+.

A estratégia adotada para a formulação da pergunta norteadora priorizou a análise da literatura sobre os eixos operativos da PNSILGBT: acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT; Educação permanente e educação popular e saúde com foco na população LGBT; monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT. Nesse sentido, teve-se como pergunta como os estudos têm indicado os desafios atuais na operacionalização dos principais eixos de ações estabelecidos na PNSILGBT?

3. Critério de elegibilidade dos estudos

Foram incluídos no presente estudo artigos científicos, com pesquisas qualitativas, publicadas em português, entre os anos de 2013 e 2023. Foram excluídos os estudos publicados em outras formas de divulgação que não artigos científicos, cuja abordagem temática não tivesse relação com a implementação da PNSILGBT ou com os Eixos Estratégicos do Plano Operativo da PNSI-LGBT, que fossem publicados em outra língua que não o português e que não tivessem texto completo disponível.

4. Estratégia de Busca e seleção de estudos

As buscas foram realizadas em setembro de 2023, nas bases de dados ARCA-FIOCRUZ, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo e Periódicos CAPES. Em todos os

bancos de dados, utilizamos os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Políticas de Saúde” e “Minorias Sexuais e de Gênero” associados com o termo livre “Política Nacional de Saúde Integral LGBT”. Não foram utilizados outros DeCS tendo em vista uma busca o mais abrangente possível e a utilização de mais descritores representou maior restrição nos achados.

Conforme os critérios de elegibilidade, os estudos foram selecionados e as buscas foram realizadas observando-se o período de 2013 até o dia 30 de setembro de 2023. Os resultados foram catalogados e os duplicados removidos.

Após a exclusão dos duplicados foi realizada a triagem dos estudos a partir de sua leitura do título e resumo, excluindo aqueles cuja temática não fosse relacionada com temática sob análise, os que restaram foram lidos na íntegra.

5. Análise dos dados

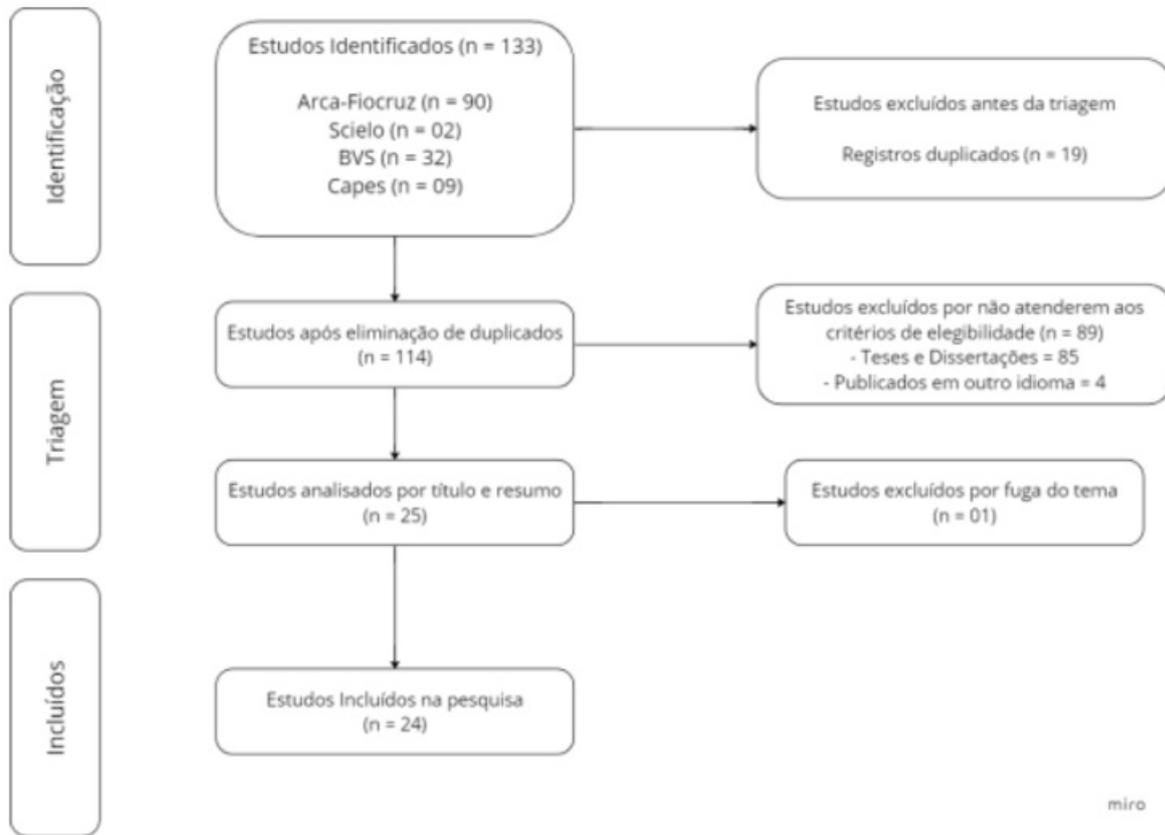
Para análise dos textos utilizamos a abordagem temática de análise de conteúdo, proposta por Minayo (2007), e a categorização dos estudos foi definida pela vinculação predominante do conteúdo a cada um dos Quatro Eixos Estratégicos do Plano Operativo da PNSI-LGBT, visto que é através destes que a política se consubstancia em ações, quais sejam: Eixo 1 – Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; Eixo 2 – Ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT; Eixo 3 – Educação permanente e educação popular e saúde com foco na população LGBT; Eixo 4 – Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

6. Resultados e Discussão

A análise buscou sintetizar a partir das publicações dos últimos 10 anos o que foi produzido em relação à Implementação da Política de Saúde para pessoas LGBT e ao definir os Eixos Programáticos da PNSILGBT como categorias de análise buscou-se visualizar os desafios atuais na implementação da referida política.

Foram encontrados, segundo a estratégia de busca, 133 artigos científicos. Foram excluídos 19 estudos duplicados e 89 que não atenderam aos critérios de inclusão e 01 artigo cuja temática não tinha relação com a PNSILGBT. Foram lidos os 24 artigos restantes na íntegra, todos incluídos na pesquisa, conforme diagrama abaixo (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de seleção de estudos



Elaborado pelo autor através da plataforma Miro.

Quadro 1 – Caracterização da literatura encontrada

Resultado da Busca			
Título	Autor	Ano	Categoria
Atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na estratégia saúde da família	Belém, Jameson Moreira	2018	Eixo 1
Vigilância de violências: considerações sobre as informações relativas às violências perpetradas contra a população LGBT no município de São Paulo	Leal, Carmen Helena Seoane	2018	Eixo 2
Ampliando o olhar para a população LGBT em um grupo de discussão com trabalhadores de saúde: potencialidade e desafios	Longhi, Marcelen Palu	2018	Eixo 3

(In)visibilidades da saúde da população LGBT no Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), Brasil	Mandarino, Ana Cristina de Souza	2019	Eixo 3
Coletivo Bee, luta LGBTT e saúde integral: diversidade sexual e de gênero no ambiente universitário	Santos Júnior, Claudio José dos	2019	Eixo 3
Visibilidade de pessoas trans na produção científica brasileira	Rodrigues, Niki Gomes	2019	Eixo 3
Política Nacional de Saúde Integral LGBT: o que ocorre na prática sob o prisma de usuários (as) e profissionais de saúde	Nogueira, Francisco Jander de Sousa	2019	Eixo 1
Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) no Paraná, Brasil	Silva, Amanda de Cassia Azevedo da	2020	Eixo 1
Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil	Guimarães, Nilo Plântico	2020	Eixo 3
Condições históricas para a emergência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no espaço social da saúde no Estado da Bahia, Brasil	Bezerra, Marcos Vinicius da Rocha	2021	Eixo 3
Pandemia de covid-19 e população LGBTI+. (In)visibilidades dos impactos sociais	Santana, Alef Diogo da Silva	2021	Eixo 1
Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde	Falcão, Marcia Thereza Couto	2021	Eixo 1
Ambulatório T da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre: política pública de inclusão e garantia de direito à saúde de pessoas trans	Thomazi, Guilherme Lamperti	2022	Eixo 1
Representatividade da população LGBTQIA+ nas pesquisas epidemiológicas, no contexto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: ampliar a produção de conhecimento no SUS para a justiça social	Oliveira, Daniel Canavese de	2022	Eixo 4
Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos	Miskolci, Richard	2022	Eixo 4

A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos	Ferreira, Breno de Oliveira	2022	Eixo 3
Saúde da população LGBTQIA+: revisão de escopo rápida da produção científica brasileira	Domene, Fernando Meirinho	2022	Eixo 3
Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: análise de imagem	Cruz Neto, João	2023	Eixo 3
Abrindo os armários do acesso da qualidade: uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGBTT	Ferreira, Breno de Oliveira	2020	Eixo 1
Conhecimento e prática de enfermeiros da Atenção Primária sobre gênero e assistência às pessoas LGBTQIA+	Paiva, Elisama Ferreira	2023	Eixo 3
Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões	Monteiro, Simone	2019	Eixo 1
A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios	Popadiuk, Gianna Schreiber	2017	Eixo 1
Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional	Negreiros, Flávia Rachel Nogueira de	2019	Eixo 3
Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?	Guimarães, Rita de Cássia Passos	2017	Eixo 1

De início, vale lembrar que no Brasil, apesar da sua Constituição Federal prever o princípio da dignidade da pessoa humana e da equidade que, em tese, revestem a atuação do Estado da função de protetor dos direitos sociais que se traduzem basicamente no direito à vida e a igualdade, a população LGBT permanece como alvo de preconceito, dentro e fora da estrutura do Estado, o que legitima os processos de marginalização e discriminação, que se refletem na vida e saúde de pessoas LGBT e é a partir dessa constatação que analisaremos os trabalhos selecionados sob as categorias dos Eixos Estratégicos da PNSILGBT.

Eixo 1 – Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde

Através do Eixo Estratégico 1, a PNSILGBT busca promover a equidade em saúde para a população LGBT por meio de mecanismos gerenciais e de planejamento; fomentar a participação dos movimentos sociais LGBT nos conselhos de saúde; garantir o uso do nome social de travestis e transexuais no âmbito do SUS; bem como estimular o desenvolvimento de abordagens e intervenções específicas para a população LGBT, notadamente no âmbito da Saúde Mental, para assim garantir à população LGBT acesso à saúde (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva Belém (2018) constataram baixa adesão às ações de saúde, assim como baixa assiduidade aos serviços primários de saúde apontando o preconceito, a discriminação e a homofobia como as principais barreiras de acesso aos serviços de saúde e conseqüentemente como meio de manutenção do estado de vulnerabilidade dessa população.

Ainda segundo os autores (BELÉM, 2018), as pessoas LGBT não consideram a atenção primária como espaço de atenção à saúde, vez que “inacessíveis e incapazes de dar resolutividade às suas demandas”, pois centrada numa lógica biomédica e reducionista, a atenção primária patologiza a dissidência heterossexual e, desconsiderando os determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença, dá ênfase aos aspectos sexuais, como rastreio e tratamento de IST.

A partir dessas constatações Nogueira (2019) reflete sobre a conduta dos profissionais de saúde diante da diversidade sexual, já que como seres sociais, a atuação dos profissionais está permeada pelos valores morais que possuem, os quais interferem diretamente na qualidade do acolhimento e processo de cuidado dos usuários do sistema de saúde.

Corroborando esses achados, Guimarães (2017), através de oitiva de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) identificou o predomínio de três discursos quanto ao acesso da população LGBT aos serviços de saúde: “Consideram que a população LGBT procura pouco as UBS, negam preconceitos no atendimento e acha que as barreiras de acesso, se existem, são causadas pela própria população”; “Reconhece a existência de demandas, nega dificuldades de acesso, mas não aceita ações específicas, considerando-as discriminatórias” e “Reconhece o preconceito nas unidades, a necessidade de ações especiais para a população LGBT, e reclama melhor divulgação do problema e capacitação para equipe”.

Segundo o autor, há um processo de negação das barreiras simbólicas que dificultam o acesso da população LGBT aos serviços de saúde, assim como preconceitos

derivados das subjetividades dos profissionais que determinam a percepção da necessidade de atendimento específico e humanizado (GUIMARÃES, 2017).

Assim, as relações de poder presentes na dinâmica social, que determinam a valorização de determinados grupos em detrimento de outros, explica o processo de marginalização de pessoas LGBT na sociedade e seus reflexos no Sistema de Saúde. É que um sistema de saúde regido pela lógica biomédica, focado na doença e curativista, somado às percepções morais definidas pelo padrão hegemônico heteronormativo resultam em desigualdades e estigmatização de pessoas LGBT, não só afastando-as dos serviços de saúde, mas intensificando os seus agravos.

Silva (2020) e Falcão (2021) demonstram claramente os reflexos desse processo ao constatar que durante os atendimentos em saúde os usuários preferem não revelar sua orientação sexual ante a possibilidade de repercussões negativas no atendimento, bem como em razão da pré-suposição da heterossexualidade, afetando sobremaneira a relação paciente-profissional de saúde, assim como a percepção do usuário da necessidade do cuidado em saúde por meio do serviço público, já que revelar a orientação sexual do usuário quando altera o rumo do atendimento, é para pior.

Ao analisar a qualidade da assistência em saúde de pessoas LGBT, Ferreira e Bonan (2020), identificaram três dimensões condicionantes, a “relacional”, a “organizacional” e a “contextual”, defendendo que a dimensão relacional tem papel central na qualidade do atendimento, pois é através da relação entre os profissionais de saúde e os usuários que são formados os vínculos, que o acolhimento, o respeito e a não-discriminação podem ser percebidos.

Ainda, segundo Nogueira (2019) e Thomazi (2022), o estigma que afeta às pessoas LGBT se agrava no caso de travestis e transexuais, que por suas performances de gênero dissonantes são alvos de maior preconceito e discriminação, sendo-lhes negada sua própria existência enquanto sujeito de direitos e necessidades específicas.

Exemplo disso é o uso do nome social nos serviços de saúde, fruto da Portaria nº 1.820/2009, a qual prevê o respeito ao uso do nome adotado pela pessoa transexual e travesti no âmbito do SUS independente do nome do registro civil, no entanto, Silva (2020) destaca que há desprezo pelos profissionais do uso do nome social e isso se reflete como “entrave decisivo ao acesso universal, integral e equitativo no SUS”.

Além disso, a lógica biologicista dos serviços de saúde encara o processo transexualizador como decorrente de uma patologia e não como processo natural de autorreconhecimento, o que reforça os estigmas que essa população já enfrenta a partir de suas vulnerabilidades no âmbito familiar e psicológico.

Apesar de apontar melhorias nos serviços de saúde quanto ao processo

transexualizador, Monteiro e Brigeiro (2019), relatam as discriminações e constrangimentos a que as pessoas transexuais são expostas nos serviços, bem como a precariedade na estrutura do SUS para reconhecimento e atendimento das demandas específicas dessa população.

O que é corroborado por Silva (2020) e Thomazi (2022), que relatam a concentração dos serviços especializados nos grandes centros urbanos, implicando em altas demandas para esses serviços e longas filas de espera para os usuários, que por vezes se valem dos serviços clandestinos para atendimento de suas demandas, elevando os padrões de vulnerabilidade em razão dos riscos dos procedimentos e a precariedade desses serviços.

Essa situação é corroborada por Popadiuk (2017), que ao analisar o processo transexualizador no país identificou a concentração do procedimento nas regiões Sul e Sudeste, em 2016, representando mais da metade dos procedimentos registrados.

Thomazi (2022) ainda constatou que as Políticas de Saúde voltadas para pessoas transsexuais e travestis estão relacionadas com o manejo de ISTs e o processo transexualizador, no entanto, essas não são as únicas demandas dessa parcela das pessoas LGBT. O estudo verificou que a hormonioterapia era a principal demanda entre pessoas transsexuais e travestis, seguida da necessidade de acompanhamento psicológico/psiquiátrico.

É o que também demonstra Santana (2021), ao analisar os impactos da Pandemia de COVID-19 na vida de pessoas LGBT.

Em razão das iniquidades já enfrentadas, notadamente a LGBTfobia, as consequências da COVID-19 foram potencializadas: o distanciamento social como medida preventiva de contágio impôs a algumas pessoas LGBT, principalmente àqueles sem moradia, desempregas, o retorno ao lar de familiares, muitas vezes LGBTfóbicos, submetendo-as a abusos e violência; o isolamento social também provocou demandas quanto à saúde mental da população, o que se agravou com pessoas LGBT, visto que o sofrimento emocional já faz parte do processo de vulnerabilização dessa população.

Além disso, durante a pandemia com a redução da prestação de serviços àqueles considerados essenciais, os atendimentos relativos ao processo transexualizador – hormonioterapia, cirurgias e atendimento multidisciplinar – foram suspensos, possibilitando “desfechos de automedicação e disforias”, sem falar nas repercussões psicológicas (SANTANA, 2021).

Eixo 2 – Ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT

A violência, como um determinante social da saúde, precisa ser levada em consideração quando do estudo da população LGBT. É que como população vulnerabilizada e estigmatizada, a violência, em suas diferentes formas de apresentação – verbal, física, psicológica – influenciam sobremaneira todos os aspectos da vida das pessoas LGBT, mas principalmente a saúde.

No intuito de dar maior visibilidade à violência sofrida pela população LGBT, a PNSILGBT previu a inclusão da violência por orientação sexual e identidade de gênero no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes.

No entanto, conforme verificou Leal (2018), ao caracterizar as notificações de violência contra pessoas LGBT do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em São Paulo, as informações que constam nas notificações são insuficientes para identificar a População LGBT.

É que os dados obtidos demonstraram que apenas 2% das mais de 30 mil notificações continham o registro de orientação sexual homossexual e bissexual, caindo para menos de 1% quando o registro era de identidade de gênero.

Esses números podem não refletir a realidade, vez que no número de casos registrados por orientação sexual existem pelo menos 11.000 (36,56%) casos cuja orientação sexual foi ignorada, e esse número sobe para 12.951 (42,95%) quando o critério é a identidade de gênero.

Do mesmo modo, os dados quanto à motivação da violência encontram-se insuficientes para definir o perfil da vítima LGBT bem como os fatores interseccionais de vulnerabilidade (cor, classe social, por exemplo). Soma-se a isso o fato de que não há dados estatísticos que possam determinar o tamanho dessa população, permanecendo, portanto, invisibilizada.

Eixo 3 – Educação permanente e educação popular e saúde com foco na população LGBT

O Eixo 3 visa a inserção das questões da saúde LGBT na formação e qualificação de profissionais de saúde, assim como a produção de materiais educativos que possam orientar os serviços de saúde, seus usuários e a população em geral.

Nessa perspectiva, a PNSILGBT busca produzir conhecimento quanto à saúde da população LGBT na tentativa de minimizar os vieses provocados pelo preconceito, discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, além do desconhecimento

das demandas específicas dessa população.

Longhi (2018), ao ouvir trabalhadores dos serviços de saúde, constatou que aqueles desconhecem os processos de vulnerabilização da população LGBT e que a falta de conhecimento sobre essa realidade, bem como o não percepção dos profissionais como sujeitos ativos desse processo de vulnerabilização, influencia sobremaneira no modo como as necessidades da população LGBT são tratadas nos serviços de saúde.

Por outro lado, o referido estudo demonstrou que a oitiva dos usuários quanto às vulnerabilidades sofridas fora e dentro do serviço de saúde, foi capaz de sensibilizar os profissionais e promover mudanças no atendimento prestado. Demonstrando que a falta de integração entre profissionais e usuários se reflete numa prestação de serviço deficitária e estigmatizante.

Diante disso, fácil constatar que a implementação e execução da PNSILGBT ainda estão distantes da realidade, resultado da disputa por espaço e poder na dinâmica social e política, que acaba desfavorecendo as minorias, impondo a necessidade de integrantes dos serviços de saúde engajados na temática da saúde LGBT ocupando principalmente os cargos de alto escalão ou com alto nível acadêmico para que as políticas de saúde voltadas para a população LGBT se efetivem, uma vez que estabelecidas de forma precária e não institucionalizada, ficam submetidas às prioridades dos agentes políticos e técnicos do momento. (BEZERRA, 2021)

É em razão disso que Ferreira (2022) advoga que há necessidade de pactuações e adesões de secretários de saúde, gestores e até aproximação do próprio Ministério da Saúde para que a PNSILGBT seja de fato implementada, com o estabelecimento de estratégias que levem em consideração a heterogeneidade da materialidade histórica e social de cada território que compõe a nação.

Por isso, a falha na formação e na qualificação dos profissionais de saúde também é um fator vulnerabilizante. Conforme Santos Júnior (2019) e Ferreira (2022), no âmbito acadêmico, as discussões relativas à sexualidade são escassas, ainda mais sobre as questões de gênero. Relatam que o padrão biomédico estabelecido pelas ciências acaba por se revelar em LGBTfobias cotidianas e institucionalizadas, dentro e fora do espaço acadêmico, a ausência do tema nos currículos e na formação acadêmica dos futuros profissionais acaba por fortalecer os preconceitos e a invisibilização da população LGBT.

É o que demonstra Negreiros (2019), que ao ouvir médicos da atenção básica relatou a ausência da temática da saúde LGBT desde a formação até a atuação profissional, refletindo em percepções enviesadas no atendimento ao usuário LGBT, classificado como “anormal” pelos entrevistados.

Esse distanciamento da academia das questões relativas à saúde LGBT se revela

na situação constatada por Rodrigues (2019) que, ao caracterizar a visibilidade de pessoas transgênero na produção científica brasileira entre os anos de 1976 e 2017, encontrou 293 artigos publicados; e por Domene (2022), que registrou 381 publicações entre 1985 e 2022, ao fazer uma revisão de escopo rápida da produção científica brasileira sobre a saúde da população LGBT.

Os autores concluíram que apesar do aumento da produção científica brasileira voltada para a saúde da população LGBT nos últimos anos, principalmente após a criação da PNSILGBT, o foco das publicações era restrito diante das necessidades da comunidade, ainda sob uma ótica patologizante as produções científicas analisaram principalmente infecções sexualmente transmissíveis.

Ambos os autores concordam que para se alcançar maior efetividade das ações de cuidado da população LGBT se faz necessário o amplo conhecimento das necessidades de cada integrante da sigla, razão pela qual uma maior diversidade de temas tratados cientificamente pela academia pode auxiliar na produção de políticas públicas e estratégias mais específicas e eficazes capazes de diminuir os vieses provocados pelo preconceito e discriminação.

Nessa perspectiva, Mandarino (2019) ao analisar a existência de editais e projetos de pesquisa no Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), voltados para a institucionalização da PNSILGBT, constatou baixo fomento às pesquisas voltadas para a população LGBT, bem como que os dados disponíveis carecem de organização e publicidade, resultando em baixa usabilidade dos dados quando da operacionalização e formulação de políticas públicas em saúde.

Reflexo disso é percebido por Guimarães (2020) e Paiva et. al. (2023) que destacaram a falta de notoriedade da PNSILGBT entre os profissionais de saúde, o que implicou na baixa implementação da política. A ausência de informações sobre as especificidades da saúde LGBT desde a formação profissional influencia na forma de atendimento dos usuários, ao ponto de o uso do nome social, embora legalmente garantido, não se concretize no âmbito dos serviços de saúde e comprometa a relação profissional/usuário, afastando esse do serviço de saúde.

Outro aspecto de enorme relevância quanto à concretização dos objetivos da PNSILGBT é a existência de recursos financeiros capazes de garantir o desenvolvimento, a estruturação e a manutenção de ações estabelecidas.

Assim, Rodrigues (2019) vê na Emenda Constitucional 95/2016 – que congela os gastos públicos por 20 anos – uma ameaça não só à assistência das populações vulneráveis – dentre as quais está a LGBT – mas também à produção científica, à formação de pesquisadores e a continuação de pesquisas já em andamento, situação

corroborada pela agenda conservadora, neoliberal, anti-intelectual e negacionista que se estabeleceu no então governo Bolsonaro.

É certo que a PNSILGBT é um marco na produção científica voltada para a comunidade LGBT, no entanto, nem sempre é possível desvencilhar os ganhos que a referida política proporcionou das discriminações e preconceitos institucionalizados, com reflexos inclusive na própria política. É o que demonstra Cruz Neto (2023) ao analisar a capa da PNSILGBT, constatando nas imagens presentes deficiências quanto a representação das identidades que compõe a sigla, desarticulação de cor e raça, ausência da exploração política das cores da bandeira do movimento LGBT e desequilíbrio da paleta das cores da bandeira transgênero, com predomínio da performance de gênero masculina sobre a feminina. Esses achados revelam a manutenção de padrões hegemônicos e excludentes em clara contraposição ao conteúdo da política, que busca justamente a equidade.

Eixo 4 – Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT

Com base nos demais eixos, o monitoramento e a avaliação das ações propostas devem levar em consideração os Planos de Saúde de cada ente federativo, bem como devem basear seus indicadores na morbimortalidade e no acesso da população LGBT aos serviços de saúde.

Dessa forma, a deficiência na concretização dos eixos anteriores reflete negativamente na efetivação do monitoramento e na avaliação das ações em saúde para a população LGBT, é que apesar dos avanços promovidos pela PNSILGBT as ações ainda são muito incipientes e dependentes das prioridades políticas da gestão pública do momento, vez que, na prática, a PNSILGBT não se constituiu política de Estado.

Nessa perspectiva, Oliveira (2022) advoga que o conceito de saúde presente na Constituição Federal deve abarcar a saúde sexual e reprodutiva como inerente ao direito à saúde nela previsto, para assim considerar a orientação sexual e a identidade de gênero aspectos inerentes aos sujeitos e às populações, afastando assim o caráter personalíssimo para a implementação e execução das ações previstas na PNSILGBT.

Tal situação impede o conhecimento sobre a população LGBT no Brasil, que até hoje permanece desconhecida, visto que o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística não fornece esse dado e a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 ainda não publicou informações a respeito, embora tenha realizado a pesquisa (OLIVEIRA, 2022).

Como discute Miskolci (2022), a ausência de informações sobre essa população contribui para o seu não-reconhecimento e conseqüentemente a ausência de equidade

para essa minoria política que é a população LGBT, sendo submetida até mesmo a um apagamento social e cita o fato de os sistemas de informação não contemplarem o nome social, a orientação sexual ou a identidade de gênero, ou ainda a impossibilidade de uma mulher ou homem transsexual realizar respectivamente o exame de próstata e o exame de Papanicolau. Não fosse suficiente o apagamento dessas identidades – que desrespeitam as suas existências – há ainda um apagamento pós-morte, visto que a Certidão de óbito, os túmulos, as roupas para o velório, “retificam” o gênero performado.

Além disso, ainda segundo Oliveira (2022), a Organização Panamericana da Saúde, ao analisar os Planos Nacional e Estaduais do Brasil, apontou deficiência nas ações intersetoriais, baixa capacidade de resposta e de tratamento dos dados desagregados, além da insuficiência de indicadores e parâmetros relativos à saúde das pessoas LGBT. Relata ainda que o preenchimento deficitário dos formulários do SINAN e outros sistemas sobre a violência contra pessoas LGBT comprometem os dados de morbimortalidade, assim como as ações de intervenção.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os 24 estudos analisados demonstram que pouco se avançou no direito à saúde integral para pessoas LGBT. O acesso da população LGBT à atenção integral à saúde encontra algumas barreiras de origem estrutural, mas as mais proeminentes e difíceis de serem superadas são as de cunho ideológico e moral. E esse acúmulo de barreiras e desafios reforçam os estigmas que essas pessoas já sofrem e legitimam a percepção dos usuários de não pertencimento ao serviço, agravando os processos de marginalização e vulnerabilização de pessoas LGBT.

Além disso, restou demonstrada a ausência de informações quanto à violência contra pessoas LGBT e como aprofundam as desigualdades já vivenciadas por essas pessoas, seja por invisibilizar a LGBTfobia, seja por não contribuir estatisticamente com ações de proteção e promoção da saúde, contribuindo para a morte também simbólica de pessoas LGBT, comprometendo os processos de monitoramento e avaliação das políticas e ações voltadas para essa comunidade invisibilizada.

Assim se faz necessária a efetiva implementação da PNSILGBT em todo o território nacional, a partir de uma revisão da própria política, como também dos currículos acadêmicos dos profissionais da saúde, além do estabelecimento de programas de educação permanente com foco na sensibilização de profissionais da saúde e maior fomento à produção científica voltada para as realidades de cada identidade que compõe a sigla LGBT, respeitando suas especificidades.

REFERÊNCIAS

BELÉM, Jameson. Atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na estratégia saúde da família – **Revista baiana de enfermagem** ;32: e26475, 2018.

BEZERRA, Marcos. Condições históricas para a emergência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no espaço social da saúde no Estado da Bahia, Brasil – **Cadernos de Saúde Pública (Online)**;37(8): e00221420, 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; set 20.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CORDEIRO, Luciana. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS**, v. 20, n. 2, p. 37-43, 2019 Tradução.

CRUZ NETO, João. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: análise de imagem. – **Ciência e Saúde Coletiva**; 28(6): 1809-1818, 2023 Jun.

DE NEGREIROS, Flávia. Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica (online)**, v. 43, p. 23-31, 2019.

DOMENE, Fernando. Saúde da população LGBTQIA+: revisão de escopo rápida da produção científica brasileira. - **Ciência e Saúde Coletiva**; 27(10): 3835-3848, 2022 Oct.

FERREIRA, Breno. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. - **Ciência e Saúde Coletiva**; 27(10): 3825-3834, 2022 Oct.

FERREIRA, Breno. Abrindo os armários do acesso e da qualidade: uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGTB. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1765-1778, Maio 2020.

GUIMARÃES, Nilo. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil - **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (Online)**; 14(2): 372-385, abr.-jun. 2020. Tab

GUIMARÃES, Rita. Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, 11(1), Pág. 121-139. 2017. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2327>.

LAURENTINO, A. C. N. **Políticas Públicas de saúde para a população LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT**. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. 383 p.

LEAL, Carmen. Vigilância de violências: considerações sobre as informações relativas às violências perpetradas contra a população LGBT no município de São Paulo - **BIS, Boletim do Instituto de Saúde (Impr.)**;19(2): 55-61, Dez. 2018.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e sociedade**, v. 17, p. 11-21, 2008.

LONGHI, Marcelen. Ampliando o olhar para a população LGBT em um grupo de discussão com trabalhadores de saúde: potencialidade e desafios - **BIS, Boletim do Instituto de Saúde (Impr.)**;19(2): 116-124, Dez. 2018.

MANDARINO, Ana. (In)visibilidades da saúde da população LGBT no Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), Brasil - **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (Online)**;13(3): 482-495, jul.-set. 2019. Ilus.

MELO, I. R. O Direito à Saúde da População LGBT: desafios contemporâneos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Psicologia e Saúde**, p. 63-78, 2020.

MINAYO, Maria. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MISKOLCI, Richard. Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. - **Ciência e Saúde Coletiva**; 27(10): 3815-3824, 2022 Oct.

MONTEIRO, Simone. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 1-12, 2019.

NEGREIROS, F. R. N. D. Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da

formação médica à atuação profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2019 - 43, 23-31.

NOGUEIRA, Francisco. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: o que ocorre na prática sob o prisma de usuários (as) e profissionais de saúde - **Saúde e pesquisa**. (Impr.); 12(3): 463-470, set/dez 2019.

OLIVEIRA, Daniel. Representatividade da população LGBTQIA+ nas pesquisas epidemiológicas, no contexto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: ampliar a produção de conhecimento no SUS para a justiça social – **Epidemiologia e Serviços de Saúde**; 31(1): e2022020, 2022.

PAIVA, Elisamara. Conhecimento e prática de enfermeiros da Atenção Primária sobre gênero e assistência às pessoas LGBTQIA. **Rev Rene**. 2023;24:e83152. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232483152>.

POPADIUK, Giana. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva** (2017).

PRADO, M. A. M.; MACHADO, F. **Preconceito contra homossexualidades: a hierarquia da invisibilidade**. Cortez Editora, 2017.

RODRIGUES, Juliana. Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde - **Saúde e Sociedade**; 30(1): e181062, 2021.

RODRIGUES, Niki. Visibilidade de pessoas trans na produção científica brasileira – **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (Online)**; 13(3): 658-670, jul.-set. 2019.

SANTANA, Alef. Pandemia de covid-19 e população LGBTI+. (In)visibilidades dos impactos sociais - **Sexualidad, salud y sociedad**. (Rio J.);(37): e21202, 2021.

SANTOS JÚNIOR, Cláudio. Coletivo Bee, luta LBTT e saúde integral: diversidade sexual e de gênero no ambiente universitário - **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (Online)**; 13(3): 634-646, jul.-set. 2019.

SILVA, Amanda. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil - **Interface (Botucatu, Online)**;24: e190568, 2020.

SOUZA, M. B. C. A. de; HELAL, D. H. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: análise descritiva e utilização de dados secundários

para pesquisa e prática. **Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades**, [S. l.], v. 9, n. 13, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/9656>.

THOMAZI, Guilherme. Ambulatório T da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre: política pública de inclusão e garantia de direito à saúde de pessoas trans - **Sexualidad, salud y sociedad**. (Rio J.);(38): e22302, 2022.

TRANSGENDER EUROPE. TMM Update Trans Day of Remembrance 2021. Disponível em: https://transrespect.org/en/map/trans-murder-monitoring/?submap=tmm_2021/.



DIREITO.UnB

Gostaria de submeter seu trabalho a **Revista Direito.UnB**?

Gostaria de submeter seu trabalho a Revista Direito.UnB?

Visite <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb>
e saiba mais sobre as nossas Diretrizes para Autores.

TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: obstáculos impostos pela realidade brasileira

TRANSSEXUALS PEOPLE IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM: OBSTACLES IMPOSED BY THE BRAZILIAN REALITY

Recebido: 10/12/2023

Aceito: 18/06/2024

Maria Tereza Fonseca Dias

Professora do Departamento de Direito Público da UFMG e dos programas de graduação e pós-graduação stricto sensu da Universidade Fumec. Universidade Federal de Minas Gerais..

E-mail: mariaterezafdias@yahoo.com.br



Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5587-2813>

Caio Benevides Pedra

Diretor de Políticas para a População LGBT de Belo Horizonte, Presidente da Comissão Municipal de Direitos Humanos e Cidadania da População LGBTQIA+ e do Observatório de Direitos Humanos de Belo Horizonte. Doutorando em Ciência Política (UFMG), Mestre em Direito (UFMG), Mestre em Administração Pública (FJP) e Bacharel em Direito (UFMG)..

Contato: www.caiopedra.com.br

E-mail: caiopedra@gmail.com



Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5634-1483>

RESUMO

A saúde é um direito constitucionalmente assegurado a todos os cidadãos, mas o acesso a ela varia muito nas experiências de grupos sociais específicos. Ainda que o Sistema Único de Saúde tenha sido construído sob as premissas da universalidade, equidade e integralidade, travestis e transexuais ainda enfrentam obstáculos no acesso a direitos e serviços muito básicos. O objetivo do estudo é demonstrar que a transfobia e a travestifobia funcionam como barreiras insuperáveis, que impedem que essas pessoas usufruam até



Este é um artigo de acesso aberto licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações Internacional 4.0 que permite o compartilhamento em qualquer formato desde que o trabalho original seja adequadamente reconhecido.

This is an Open Access article licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License that

mesmo de direitos expressamente previstos nas normas existentes enquanto o Estado se omite em buscar a eficiência de suas políticas e o cumprimento dos direitos que assegura. A revisão bibliográfica recorreu à literatura sobre o tema, normativas do campo da saúde, documentos oficiais e dados produzidos por pesquisas da sociedade civil a fim de verificar se esses obstáculos decorrem da ausência de normas ou da discriminação que impede que essas normas sejam cumpridas. Este trabalho analisa o que se tem produzido acerca do histórico da relação entre travestis, transexuais e a saúde pública no Brasil. Em seguida, reúne e organiza dados produzidos por pesquisas já publicadas que investigaram as dificuldades que essas pessoas identificam no acesso a serviços públicos de saúde em regiões específicas do país. Por fim, o resultado percebido é que medidas viáveis e historicamente apontadas pelo movimento social como alternativas ao enfrentamento dessas exclusões já foram adotadas pelas normativas de saúde e não solucionaram os problemas que seguem atuais.

Palavras-chave: Saúde; Transexual; Travesti; LGBTQ+; Política pública.

ABSTRACT

Health is a right constitutionally guaranteed to all citizens, but access to it varies greatly in the experiences of specific social groups. Even though the Unified Health System was built on the premises of universality, equity and comprehensiveness, transvestites and transsexuals still face obstacles in accessing very basic rights and services. The objective of the study is to demonstrate that transphobia and transvestitephobia function as insurmountable barriers, which prevent these people from enjoying even the rights expressly provided for in existing norms while the State fails to seek the efficiency of its policies and the fulfillment of the rights that ensures. The bibliographic review used literature on the subject, regulations in the health field, official documents and data produced by civil society research in order to verify whether these obstacles arise from the absence of standards or discrimination that prevents these standards from being met. This work analyzes what has been produced about the history of the relationship between transvestites, transsexuals and public health in Brazil. It then gathers and organizes data produced by previously published research that investigated the difficulties that these people identify in accessing public health services in specific regions of the country. Finally, the perceived result is that viable measures historically highlighted by the social movement as alternatives to combating these exclusions have already been adopted by health regulations and have not resolved the current problems.

Keywords: Health; Transsexual; Transgender People; LGBTQIA+; Public policy.

1. Introdução

A saúde é um direito social garantido a todos os cidadãos brasileiros na Constituição da República de 1988, mas, como todos os direitos, é acessada e experimentada de

formas diferentes por cada grupo social. Ainda que o Sistema Único de Saúde prescreva os princípios da universalidade, equidade e integralidade, essa realidade não existe nas experiências de pessoas trans e travestis de acordo com estudos organizados pela sociedade civil que investigaram as dificuldades impostas especificamente a esses grupos no acesso aos serviços públicos de saúde em algumas regiões brasileiras.

A população LGBTQ+ não é um grupo homogêneo. Cada grupo desta sigla enfrenta a realidade de forma muito específica, e, neste contexto, é importante observar que, hoje, pessoas trans e travestis são os grupos que enfrentam os piores índices de exclusão no Brasil, tais como alta evasão escolar (e, assim, baixa escolaridade), baixa inserção no mercado de trabalho formal (e alta dependência do trabalho sexual), baixa expectativa de vida, baixa representação política e etc.

Especificamente em relação à saúde, de acordo com Simpson¹, Prado *et al.*², Almeida³ e Pedra⁴, esses grupos são marcados por um histórico afastamento dos serviços de saúde, baixa presença nos equipamentos de saúde e pouco acesso à atenção básica.

E essa realidade não é decorrência de falta de previsão legal, porque existem normativas que asseguram direitos a essa população, como a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (de 2006), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (de 2011) e, especificamente em relação às pessoas trans e travestis, o Processo Transexualizador, instituído no SUS em 2008 após decisão judicial que obrigou o Estado a oferecer os serviços de saúde vinculados à transição de gênero. O que falta, na verdade, é a efetivação desses direitos e a garantia de acesso dessas pessoas a esses serviços.

O Estado é omissivo na produção de dados sobre essa população e essas realidades, mas estudos regionais organizados pela sociedade civil, tais como Nuh⁵, Prado *et al.*⁶ e

1 SIMPSON, Keila. Transexualidade e travestilidade na saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 9-16.

2 PRADO, Marco Aurélio Máximo *et al.* Travestilidades, transexualidades e saúde: acessos, restrições e vulnerabilizações do cuidado integral. *In*: RAMOS, Marcelo Maciel; NICOLI, Pedro Augusto Gravatá; ALKMIN, Gabriela Campos (org.). **Gênero, sexualidade e direitos humanos**: perspectivas multidisciplinares. Belo Horizonte: Initia Via, 2017. p. 63-82.

3 ALMEIDA, Guilherme. Identidade de gênero com ênfase nas pessoas trans: particularidades e acesso à saúde, trabalho e educação. *In*: NOGUEIRA, Leonardo; HILÁRIO, Erivan; PAZ, Thaís Terezinha; MARRO, Kátia. (org.). **Hasteemos a bandeira colorida**: diversidade sexual e de gênero no Brasil. São Paulo: Expressão Popular, 2018. p. 159-185.

4 PEDRA, Caio Benevides. **Cidadania Trans**: o acesso à cidadania por travestis e transexuais no Brasil. Curitiba: Appris, 2020.

5 NUH (Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBTQ). **Projeto Trans**: travestilidades e transexualidades. Belo Horizonte: UFMG, 2016. Disponível em: http://www.nuhufmg.com.br/gde_ufmg/index.php/projeto-trans. Acesso em: 22 mar. 2022.

6 PRADO, *et al.*, ref. 2.

Rocon *et al.*^{7 8}, que serão apresentados na seção 3 deste trabalho, demonstram como o preconceito afasta essas pessoas dos serviços de saúde e, conseqüentemente, expõe o grupo a maiores riscos e a um processo de adoecimento constante.

O Movimento LGBTQ+ (como um todo, mas com destaque para o Movimento Trans) reivindica, já há algum tempo, a efetivação de políticas que garantam o atendimento humanizado nos serviços de saúde e, embora isso já esteja expressamente previsto em normativas relacionadas, ainda não se verifica na prática.

O objetivo do estudo é demonstrar como, independentemente da existência de normas que assegurem direitos a pessoas trans e travestis, a transfobia e a travestifobia (vertentes específicas da LGBTQfobia) são discriminações capazes de limitar e determinar o acesso de pessoas trans e travestis aos serviços públicos de saúde no Brasil. Isso foi feito a partir de observação externa e, portanto, o texto não traz quaisquer impressões ou vivências pessoais, apenas organiza e analisa dados obtidos em pesquisas já publicadas.

Para atingir esse objetivo, este trabalho reuniu sete pesquisas qualitativas e quantitativas publicadas na internet, com destaque para o Portal Scielo e a Plataforma Arca, e, por meio de revisão bibliográfica, organizou os dados produzidos a partir de entrevistas com pessoas trans e travestis usuárias dos serviços públicos de saúde em regiões específicas do país e contrastou essas informações obtidas com o que se vem produzindo na literatura acadêmica sobre a população LGBTQ+ e as estratégias de inclusão social nos serviços de saúde. Essas pesquisas mencionadas, como será verificado na apresentação de cada uma, têm abrangências territoriais específicas em decorrência da pequena quantidade de estudos que se dediquem a produzir dados sobre essas realidades. Além disso, os dados aqui debatidos são majoritariamente referentes às experiências de travestis e mulheres trans, sendo os homens trans pouquíssimo representados nas amostras das pesquisas trazidas. Foram consultados, ainda, documentos e normas públicas sobre o tema, além de trabalhos acadêmicos.

No texto, foi utilizada a sigla “LGBTQ+” como representativa da população composta por lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, porque os documentos oficiais mais atuais (como a “Política Nacional de Saúde Integral de LGBTQ”, por exemplo) reconhecem essa versão da sigla, mas já existe uma formação mais completa, que agrega novos grupos que demandam visibilidade^{9 10}. O sinal “+” foi adotado, então, como indicativo de

7 ROCON, Pablo Cardozo *et al.* Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2517-2525, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zGJyVqQ6WGjygRzLqfd8vRD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

8 ROCON, Pablo Cardozo *et al.* O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 43-53, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/V3t4XwP5dNGDHkcfXSfJDCj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

9 FACCHINI, Regina. **Sopa de letrinhas?** Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

10 AGUIÃO, Silvia. **“Não somos um simples conjunto de letrinhas”**: disputas internas e (re)arranjos

que todos os raciocínios que envolverem a sigla dizem respeito a *todos* os demais grupos que a sigla oficialmente reconhecida ainda não inclui. Em algumas citações, no entanto, a sigla aparece diferente porque já teve outras formações ao longo da história. O mesmo acontece com termos que já caíram em desuso em decorrência do avanço dos estudos nessa temática. Nas citações diretas em que esse recorte temporal faz diferença, essa ressalva foi feita. Nas indiretas, os termos foram atualizados.

Por enfrentarem situações muito específicas dentro da população LGBTQ+ (quando comparado a lésbicas, gays e bissexuais), de maior exclusão e menor espaço para reivindicação, o grupo a que se dedica este trabalho é o composto por travestis e transexuais, de modo que foram feitos todos os recortes possíveis para que se garanta a visibilidade necessária. Em alguns pontos, no entanto, a referência é à população LGBTQ+ como um todo em função da natureza do dado, do evento histórico ou do raciocínio proposto.

Por último, não há, hoje, diferença conceitual entre mulheres trans e travestis¹¹. Historicamente, elas foram diferenciadas pelo discurso médico a partir da relação que mantinham com o órgão genital, discurso já há muito superado. Hoje, a denominação como travesti ou mulher transexual é uma escolha política por razões culturais e de identificação específicas do Brasil (já que, em quase todo o mundo, essa diferenciação não existe). Por isso, em respeito a essas questões que fazem com que esses dois grupos ainda existam separadamente no Brasil, a opção neste trabalho foi pela utilização dos dois termos.

Quanto à estrutura, a seção 2 apresenta um breve histórico da relação entre pessoas trans e travestis e o sistema de saúde pública brasileiro, em que se pode verificar como o Estado foi sempre omissivo com essa parcela da população. Na seção 3, são apresentados e comentados os dados obtidos em sete pesquisas já publicadas que investigaram de forma qualitativa e quantitativa as relações dessas pessoas com os serviços públicos de saúde no Brasil e demonstram a realidade da (não) aplicação das normas que garantem direitos básicos a essas pessoas. A seção 4 reúne doutrina e normativas sobre a composição e o histórico do Sistema Único de Saúde e sua relação com o grupo social analisado, principalmente no que se refere aos problemas apontados pelas pesquisas trazidas na seção anterior. Por fim, nas considerações finais, são indicadas as medidas que vêm sendo apontadas pelo movimento trans e pelos estudiosos dessa temática como soluções viáveis para enfrentamento das realidades demonstradas.

da política "LGBT". *Cadernos Pagu* (46), janeiro-abril de 2016, p. 279-310.

11 MOIRA, Amara. Travesti ou mulher trans: tem diferença? Não é possível distinguir no olhómetro quem é travesti e quem mulher trans, primeiro ponto, e, sendo assim, é necessário ter cautela ao tentar estabelecer características que separariam uma identidade da outra. **Mídia Ninja**. São Paulo, 07 ago. 2017. Disponível em: <http://midianinja.org/amaramoira/travesti-ou-mulher-trans-tem-diferenca>. Acesso em: 10 dez. 2023.

2. O direito à saúde e as políticas públicas para travestis e transexuais

A saúde é reconhecida como um direito humano fundamental em documentos internacionais e na Constituição brasileira¹² e, nesta, tem importantes aparições expressas¹³ em que é apresentada como direito social (art. 6^o¹⁴), como direito dos trabalhadores urbanos e rurais (art. 7^o, inciso IV¹⁵) e como competência comum das 3 esferas (art. 23¹⁶). Mas sua menção mais importante para o que aqui se pretende tratar vem no art. 196, segundo o qual “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”¹⁷.

Essa saúde que o Estado brasileiro se compromete a garantir não se limita, contudo, à assistência médica ou à ausência de doença ou enfermidade, mas a um “estado de completo bem-estar físico, psíquico e social”¹⁸ que é o mesmo conceito modernamente utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Tendo em mente esse conceito de saúde, o que se torna necessário para cumprir a garantia constitucional é proporcionar, a todos os cidadãos, meios suficientes para que possam usufruir de todas as condições compreendidas dentro dessa lógica. E isso exige especial atenção para as minorias que, de alguma forma, têm negados esses direitos. Para Almeida¹⁹, no que se refere ao acesso à saúde por pessoas trans e travestis, é

12 DALLARI, Dalmo de Abreu. **Direitos humanos e cidadania**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2004.

13 BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 dez. 2023.

14 CF, art. 6^o: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

15 CF, art. 7^o: “São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

[...]

IV - salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim [...].”

16 CF, art. 23: “É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

[...]

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência [...].”

17 BRASIL, ref. 13.

18 DALLARI, ref. 12, p. 73.

19 ALMEIDA, ref. 3.

fundamental que essas pessoas não sejam reconhecidas como doentes (a OMS retirou em 2018 a transexualidade e a travestilidade da Classificação Internacional de Doenças) e, mais que isso, não sejam compreendidas como um grupo homogêneo ou que compartilhe de uma experiência padrão ou uniforme, mas como um conjunto plural de experiências muitas vezes constituídas por atuações autônomas e afastadas dos saberes e olhares técnicos em saúde.

2.1. Aspectos históricos

Apesar do histórico afastamento verificado entre esse grupo e os serviços de saúde^{20 21 22 23}, a saúde foi historicamente a porta de entrada para o Movimento LGBTQ+ na agenda governamental quando, na década de 1980, a epidemia do vírus HIV fez crescer o preconceito contra pessoas LGBTQ+, que eram constantemente acusadas de transmitirem a doença, à época noticiada como “peste gay” e “câncer gay”. Na tentativa de conter o avanço do vírus, mas também abraçando a ideia de que essas pessoas constituíam o grupo de risco – visão ainda hoje muito comum, mas já científica e estatisticamente descartada – o Ministério da Saúde convidou grupos e organizações LGBTQ+ para discutirem campanhas e ações voltadas para a prevenção do HIV. A associação entre o HIV e essas pessoas é ainda tão forte no imaginário social que a saúde é o campo que reúne o maior número de políticas públicas e ações governamentais voltadas para a população LGBTQ+. Entretanto, até hoje, a maioria delas se concentra no campo de prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, como se a relação dessas pessoas com a saúde fosse reduzida à prática sexual²⁴.

Retornando um pouco mais na história, dessa vez analisando os séculos XIX e XX, é possível perceber que a assistência médica oferecida a pessoas trans e travestis foi muitas vezes marcada pela supressão de direitos e próxima a práticas de tortura e humilhação. Isso porque eram comuns (e ainda há quem defenda) tratamentos que prometiam fazer a pessoa retornar à “suposta normalidade” e “aceitar” o gênero a ela imposto pelo nascimento. Ainda quando se respeitava a legitimidade do pertencimento ao gênero autodeclarado, eram exigidos protocolos de diagnóstico e conduta muito rígidos, que ignoravam vivências particulares e a autonomia do sujeito, estabelecendo e impondo (novos) padrões²⁵.

20 SIMPSON, ref. 1.

21 PRADO, *et al.*, ref. 2.

22 ALMEIDA, ref. 3.

23 PEDRA, ref. 4.

24 PEDRA, ref. 4.

25 ALMEIDA, ref. 3.

Por experiências particulares, é necessário entender que pessoas trans e travestis constroem corpos que quebram o binômio feminino e masculino e criam realidades que não são necessariamente padronizáveis (o que, por si, já é um problema para o discurso médico). Neste sentido, Prado *et al.*²⁶. criticam as políticas de saúde criadas para a população trans justamente por se constituírem a partir de uma matriz heteronormativa que situa travestis e transexuais à margem da norma, como “sujeitos desviantes, patológicos e anormais”.

Em razão do desconhecimento e dos preconceitos ainda imperantes na atuação dos profissionais^{27 28 29}, essas pessoas são privadas do acesso aos serviços de saúde e desenvolvem medo, desconfiança. Como concluem Prado *et al.*:

[...] mesmo que indiretamente, um desestímulo causado pela discriminação vinda dos profissionais da saúde e/ou desarticulação dos programas de saúde às suas especificidades. Nos grupos focais, foi recorrente o relato de experiências de humilhação pública ou de situações vexatórias proporcionadas por profissionais de saúde no atendimento aos usuários e às usuárias dos serviços públicos. O desrespeito ao uso do nome social e a negligência, sobretudo, de profissionais da medicina e da psicologia no atendimento a essa população, foram relatados por todas as pessoas que passaram pelo grupo de apoio ao longo do período em que a pesquisa foi realizada. Dito de outro modo, todas as pessoas participantes dos grupos focais, ao longo de dois anos de trabalho de campo, relataram algum tipo de experiência pessoal de violação de direitos, perpetrada por agentes de saúde, médicos e/ou psicólogos³⁰.

O resultado de todos esses obstáculos é o afastamento entre essas pessoas e os serviços de saúde que culmina em outros problemas, como a utilização de silicone industrial e a autoaplicação de hormônios como artifícios mais acessíveis financeiramente para a construção de suas imagens. Essas práticas geram danos e expõem essas pessoas a riscos e, muitas vezes, à morte, já que, uma vez vitimadas por alguma reação, só procuram os serviços de saúde em casos extremos, quando muitas vezes já é tarde demais³¹.

Uma prova de que essa relação entre a população LGBT+ e o sistema de saúde é uma ausência sentida por essa população é o papel central que essa questão ocupa

26 PRADO, *et al.*, ref. 2, p. 79.

27 ALMEIDA, ref. 3.

28 LAURENTINO, Arnaldo Cezar Nogueira. **Políticas públicas de saúde para população LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT**. 2015. 92 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12194/2/Arnaldo_Laurentino_EPSJV_Mestrado_2015.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.

29 PRADO, *et al.*, ref. 2.

30 PRADO, *et al.*, ref. 2, p. 74-75.

31 SIMPSON, ref. 1.

em todos os documentos produzidos tanto pelo Movimento Trans (que engloba travestis e transexuais femininas e masculinos) e pelo Movimento LGBTQ+, quanto pelo Poder Executivo Federal em resposta às demandas desses movimentos. A 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, realizada em 2008, aprovou 559 propostas, entre as quais 167 diziam respeito à área da saúde^{32 33}. Na 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, ocorrida em 2016, a saúde foi mencionada em todos os 4 eixos em que se dividiram as 192 propostas aprovadas. No Eixo I do Relatório da Conferência, que tratou de serviços públicos, foram aprovadas 17 propostas no campo saúde, entre as quais 8 tratavam de demandas específicas da população de trans e travestis, destaque esse que não se repetiu em nenhum outro eixo³⁴.

2.2. A construção dos corpos trans fora dos serviços públicos de saúde

A construção do corpo tem, geralmente, tamanha importância na vida de pessoas trans e travestis que se constitui como elemento central em seus processos de saúde e de adoecimento. A impossibilidade de alcançar esses objetivos na saúde pública e as limitações socioeconômicas que cerceiam avanços na saúde privada levam algumas dessas pessoas a recorrerem a métodos alternativos sem o acompanhamento de profissionais adequados, o que muitas vezes acarreta mutilações e complicações de toda natureza³⁵.

As questões relativas à transição de gênero (sejam elas cirúrgicas, hormonais ou por tratamentos específicos) são inúmeras e muito importantes, mas não serão objeto deste trabalho³⁶. Para além dessa lógica, são tratadas aqui as necessidades mais gerais, que são os serviços que compõem o que, do ponto de vista das políticas nacionais, denominamos “atenção integral em saúde”, oferecidos a partir do respeito à autonomia dos sujeitos³⁷. A relação histórica que o Estado fez entre essas pessoas e a epidemia do HIV fez com que a atenção destinada a esta população fosse sempre relacionada à AIDS

32 DUARTE, Marco José de Oliveira. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBTQ em cena. **Temporalis**, Brasília, ano 14, n. 27, p. 77-98, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/7209>. Acesso em: 10 dez. 2023.

33 MELLO, Luiz; PERILO, Marcelo; BRAZ, Camilo Albuquerque de; PEDROSA, Cláudio. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 9, p. 7-28, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/8ZZjpNCzgQMvJDDGRvLPYmk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

34 PEDRA, ref. 4.

35 ROCON, *et al.*, ref. 8.

36 Para conhecer mais sobre esses procedimentos, *cf.* PEDRA, ref. 4.

37 ROCON, *et al.*, ref. 8.

e, até hoje, o que se percebe é que as políticas dedicam-se especialmente ao HIV, às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e ao uso de drogas, postura que só reforça a ideia de “grupo de risco” e ignora que um serviço de saúde que contemple pessoas trans e travestis precisa compreender integralmente suas necessidades e facilitar o acesso diante de uma relação tão desgastada^{38 39}.

A existência de uma patologia não é requisito para acessar o sistema de saúde⁴⁰, assim, a estratégia que, hoje, melhor possibilita o acesso à atenção básica no Brasil é o programa Saúde da Família. Nessa lógica, o principal desafio é fazer com que essas pessoas se sintam bem recebidas nos equipamentos de saúde e recebam seus atendimentos. Tais ações evitariam a descontinuidade e o abandono de tratamentos, fatos ainda comuns nesse grupo mesmo em tratamentos de doenças crônicas ou graves que demandam cuidados contínuos⁴¹.

Um marco importante na luta histórica do Movimento Trans brasileiro, que ocorreu após intensa movimentação social e demandas judiciais, aconteceu em 2008, quando o Ministério da Saúde criou o Processo Transsexualizador, que incluiu na tabela do SUS os procedimentos transgenitalizadores autorizados no Brasil. Esta portaria já incluía autorização para os procedimentos MTF (*male to female*, “masculino para feminino” em português), que eram hormonioterapia, cirurgias para retirada do pomo de Adão, alongamento das cordas vocais e cirurgias de neocolpovulvoplastia (alteração da genitália masculina para feminina). Em 2013, o Processo foi ampliado e foram autorizados os procedimentos chamados FTM (*female to male*, “feminino para masculino” em português), que são, além da hormonioterapia, a mastectomia (retirada das mamas), a histerectomia (remoção do útero) e a neofaloplastia (alteração da genitália feminina para masculina)⁴².

Apesar de ser uma grande vitória para esses grupos, tal conquista ainda precisa superar alguns desafios, tais como o caráter patologizante das identidades, o baixo número de hospitais aptos a realizar os procedimentos em todo o território nacional, a exigência de laudo psiquiátrico e a construção de um padrão de comportamento (totalmente baseado na lógica binária) exigido para o reconhecimento/diagnóstico de

38 MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cadernos de Saúde Pública**, v.35, n. 4, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/csp/a/7Smzr3QL4tfvwZvqyKtysgt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

39 TONELI, Maria Juracy Filgueiras; AMARAL, Marília dos Santos. Sobre travestilidades e políticas públicas: como se produzem os sujeitos da vulnerabilidade. In: NARDI, Henrique Caetano; SILVEIRA, Raquel da Silva; MACHADO, Paula Sandrine (org.). **Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: Sulina, 2017. p. 32-48.

40 ROCON, *et al.*, ref. 7.

41 ROMANO, Valéria Ferreira. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p. 211-219, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/sausoc/a/crBYFm6crQJXXPzmtX4gZ5K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

42 ROCON, *et al.*, ref. 8.

uma pessoa como transexual^{43 44}.

Ainda que a exigência de um diagnóstico tenha como fundamento oferecer mais informações e possibilitar maior reflexão aos usuários do Processo antes da opção pelos procedimentos, evitando possíveis escolhas equivocadas ou desinformadas, o que se criou foi um processo de desestímulo e seletividade no acesso aos serviços⁴⁵. E o resultado, infelizmente, é um processo transexualizador desacreditado pelas pessoas, incapaz de fazer frente às construções autônomas de corpos (como silicone industrial e autoaplicação de hormônios) e insuficiente no que se esperava que fosse uma porta de entrada para pessoas trans na atenção básica à saúde. Para Prado *et al.*:

A procura por esses serviços clandestinos e/ou privados de saúde para realização de modificações corporais pode se relacionar à ausência de programas do SUS que atendam de forma plena todas as intervenções necessárias e desejadas pelas usuárias. Pela lógica normatizadora do Processo Transexualizador no âmbito do SUS, aquelas que não se encaixam ao “perfil” do programa ficam excluídas do serviço, além de este ser um processo extremamente moroso para aquelas que o acessam, levando-as, muitas vezes, a desistirem dele e a buscarem formas alternativas e mais rápidas de alcançar seus objetivos, que se expressam nas técnicas relatadas anteriormente.

Questionadas se já haviam iniciado o processo, 80,2% (101) declararam não ter interesse em iniciá-lo. Entre as demais 18,3% (23) pretendem iniciá-lo e 1,6% (2) responderam que não sabem se o pretendem.

Vale ressaltar que a maioria das entrevistadas demonstrou desconhecimento sobre o que é o processo transexualizador e como é o seu funcionamento por meio do Sistema Único de Saúde. Contudo, nos dados produzidos em grupo focal, com participantes predominantemente jovens (menores de 22 anos), o processo transexualizador ofertado pelo sistema público de saúde era de conhecimento geral. Mas o acesso aos serviços, sobretudo, no que se refere à “porta de entrada”, à atenção básica e à média complexidade era completamente desconhecido por eles/as. Esses dados nos fazem questionar em que medida as políticas formuladas para travestis e transexuais têm alcançado este público e o quanto o processo transexualizador seria uma demanda que reflète as reais necessidades desta população⁴⁶.

Se a saúde é um direito social cujo acesso deve ser universal, com igualdade e

43 MONTEIRO; BRIGEIRO, ref. 38.

44 ROCON, *et al.*, ref. 8.

45 ROCON, *et al.*, ref. 8.

46 PRADO, *et al.*, ref. 2, p. 71-72.

equidade no tratamento, é necessário que os princípios que constituem o SUS sejam materializados em políticas públicas que de fato enfrentem as consequências das exclusões decorrentes da discriminação LGBTfóbica (no geral e, especificamente neste recorte, transfóbica e travestifóbica) e da imposição da cisheteronormatividade⁴⁷ que constituem e caracterizam a prestação do serviço público de saúde. É a naturalização dessas ideias que faz com que os profissionais de saúde atendam os usuários dos serviços públicos (e também os privados) como se fossem todos conformados aos estritos limites determinados pelas normas de gênero e sexualidade, o que marginaliza outras vivências e outros sujeitos^{48 49}.

2.3. O SUS e a efetivação das políticas públicas de saúde

Quando a Constituição da República de 1988 elegeu a saúde como direito básico de todo cidadão e atribuiu ao Estado a responsabilidade pela sua garantia, ela também determinou, no seu art. 196, que o direito à saúde deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁵⁰.

Os mencionados princípios do SUS não deixam dúvidas:

O princípio da universalidade corresponde à garantia de atenção à saúde para todo e qualquer indivíduo, sendo dever das esferas municipal, estadual e federal garantir esse direito; a equidade é o princípio de que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades, assegurando ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade de cada caso; e a integralidade se refere a um atendimento integral que contemple as necessidades da população, incluindo tanto os meios curativos quanto os preventivos, bem como uma atenção à saúde individual e coletiva⁵¹.

47 Conceção prévia de que todas as pessoas são cisgêneras e heterossexuais e que quem não cumpre essas regras está fora do padrão.

48 DUARTE, ref. 32.

49 MELLO; PERILO; BRAZ; PEDROSA, ref. 33.

50 BRASIL, ref. 13.

51 PRADO, *et al.*, ref. 2, p. 64.

A correta aplicação desses princípios, integrando as esferas federal, estadual e municipal, deveria resultar em um atendimento adequado em uma perspectiva de saúde individual e coletiva, o que, infelizmente, não se observa na experiência da população LGBT+. Ainda que não seja expressa na Constituição, a equidade⁵² é um conceito-chave para a promoção dos princípios da universalidade e da integralidade na saúde, uma vez que essas só podem ser alcançadas se consideradas as diferenças entre grupos sociais que enfrentam desigualdades. Para que se possa falar em equidade, no entanto, é preciso que se considere as demandas específicas de grupos sociais distintos (com destaque para as minorias e grupos vulneráveis) que demandam ações governamentais também diferenciadas^{53 54 55}.

Lionço fala sobre o quanto as concepções reduzidas de sexualidade limitam o acesso desse grupo aos serviços de saúde em um texto escrito na primeira década dos anos 2000 e que, por recorte temporal, atribui à “diversidade sexual” e à “sexualidade” uma questão que, hoje, os estudos contemporâneos já denominam “identidade de gênero”. Mas, feita essa observação, o raciocínio segue atual, e segundo a autora:

A Carta Constitucional explicita a universalidade dos direitos sociais, sem discriminação de qualquer espécie, apresentando a diversidade como valor social. Considerando ser a intimidade inviolável, a sexualidade não pode se restringir a padrões unívocos, denotando a própria pluralidade entre os cidadãos e grupos sociais, bem como a de suas formas de laço afetivo. O conceito de diversidade sexual apresenta aqui uma função central e estratégica para a proteção dos direitos sociais de pessoas que encontram na orientação sexual e na expressão de gênero fatores de violação de seus direitos, tendo como fatores de prejuízo social a heteronormatividade e a naturalização do binarismo de gênero, sócio-historicamente construídos⁵⁶.

52 Em 7 de março de 2023, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 230, que institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0230_08_03_2023.html. Acesso em: 10 dez. 2023.

53 LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/pxSyLfDd8pZzdQ6tknGbWnx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

54 MELLO; PERILO; BRAZ; PEDROSA, ref. 33.

55 PRADO, *et al.*, ref. 2.

56 LIONÇO, ref. 53.

Se o desrespeito ao nome social e o tratamento discriminatório seguem sendo realidade, as dificuldades impostas a essas pessoas começam já na entrada dos equipamentos, antes mesmo do contato com os médicos. Não obstante, o SUS⁵⁷ é um serviço público com potencial para facilitar o acesso de pessoas trans e travestis à cidadania. Basta que busque efetivamente garantir a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a equidade, enfrentando as barreiras impostas pela discriminação e ofertando serviços que entendam e conheçam as particularidades dos processos de adoecimento e envelhecimento desse grupo⁵⁸.

Em 2004, o Ministério da Saúde distribuiu, pelos serviços de saúde do país, cartazes, panfletos e materiais informativos que visavam a sensibilizar os profissionais quanto ao preconceito existente em relação às travestis e pessoas trans. No mesmo ano, surgiu o Programa Brasil Sem Homofobia⁵⁹, um programa nacional de “combate à violência e à discriminação contra GLBT e de promoção da cidadania homossexual”⁶⁰ vinculado à Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República⁶¹.

Entre as ações relativas à saúde presentes no Programa, Mello *et al*⁶². destacam que duas se referiam à produção de dados sobre a saúde da população LGBT+ e à capacitação de profissionais de saúde para o atendimento adequado a essas pessoas, e a outra, a principal, previa a formalização, no Ministério da Saúde, de um Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, com a finalidade de elaborar uma Política Nacional de Saúde específica para esse grupo. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi publicada em 2011 como portaria do Ministério da Saúde com o objetivo de promover a saúde integral dessa população, contribuir para a redução das desigualdades e consolidar o SUS como

57 O SUS é, segundo Bucci, uma das duas únicas políticas públicas previstas na Constituição (juntamente com o Fundeb), tamanha é a sua importância e centralidade no que se propõe a efetivar. BUCCI, Maria Paula Dallari. Notas para uma metodologia jurídica de análise de políticas públicas. *In*: FORTINI, Cristiana; ESTEVES, Júlio César dos Santos; DIAS, Maria Tereza Fonseca. (org.). **Políticas públicas**: possibilidades e limites. Belo Horizonte: Fórum, 2008. p. 254.

58 ROCON, *et al.*, ref. 7.

59 O Programa Brasil Sem Homofobia é reconhecido como primeira política pública de recorte específico LGBT+ no Brasil, construída em diálogo com representações do movimento social e responsável por inaugurar a discussão pública sobre o acesso dessas pessoas à cidadania. O Programa também trouxe um grande avanço por reconhecer, em um documento oficial, que a promoção dos direitos de pessoas LGBT+ não era um privilégio, mas uma obrigação do Estado diante de um quadro de discriminação, violência e desigualdade de direitos. PEDRA, ref. 4.

60 À época, por uma questão de contexto temporal, essa era a sigla utilizada para fazer referência a “gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais” e a expressão “cidadania homossexual” fazia referência à cidadania de todas as pessoas LGBT+. As nomenclaturas e a sigla referentes a esse grupo seguem em constante evolução.

61 ROMANO, ref. 41.

62 MELLO; PERILO; BRAZ; PEDROSA, ref. 33.

sistema universal, integral e equitativo⁶³. Objetivos esses até hoje não atingidos.

Em 2006, finalmente, foi publicada a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, explicitando “o direito ao cuidado, ao tratamento e ao atendimento no âmbito do SUS, livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero”, e trazendo o direito ao uso do nome social como regra, independente de retificação do registro civil⁶⁴. Em 2009, a Carta foi ampliada e o texto, ainda em vigor, fundamentou, por exemplo, a previsão do direito ao uso do nome social na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais publicada dois anos depois⁶⁵.

3. Estudos sobre o acesso aos serviços de saúde por pessoas trans e travestis

A população LGBT+ viveu, em um passado recente, pequenas vitórias na luta por direitos básicos já a todos assegurados. Tais vitórias contribuíram para o aumento da visibilidade desse grupo e de suas demandas, o que pode levar algumas pessoas a pensarem que a LGBTfobia não seja mais regra nas relações sociais, mas essa, infelizmente, ainda não é a realidade⁶⁶. Assim, ainda que os serviços de saúde possam ser percebidos como espaços compostos por pessoas instruídas, preparadas e comprometidas com a busca pela saúde coletiva, não são incomuns os relatos de discriminação de grupos minoritários, em especial a população LGBT+, nem os pedidos para que esses profissionais sejam capacitados visando à humanização e respeito às diferentes identidades sexuais e de gênero.

Para demonstrar e aprofundar as realidades aqui discutidas, este trabalho reuniu oito trabalhos publicados entre 2008 e 2020 que discutem os resultados de sete pesquisas quantitativas e qualitativas que entrevistaram pessoas LGBT+ (primordialmente pessoas trans e travestis) sobre suas experiências no serviço público de saúde em regiões específicas do país. Para facilitar a análise dos dados, essas pesquisas foram numeradas de 1 a 7 na seguinte ordem:

Pesquisa nº	Ano de realização	Área de abrangência	Público pesquisado	Autoria e Publicação
1	2009-2010	Nacional: 9 estados e Distrito Federal, contemplando as 5 macrorregiões.	95 pessoas, sendo 52 gestoras municipais, estaduais e federais e 43 ativistas LGBT+.	MELLO <i>et al.</i> (2011)

2	Não informado.	Porto Alegre (RS).	Participantes das atividades da Associação de Travestis e Transexuais do Rio Grande do Sul – Igualdade. Quantidade de pessoas não informada.	MULLER, KNAUTH (2008)
3	2016	3 municípios da Baixada Fluminense (RJ).	9 mulheres trans e travestis, gestores e profissionais de programas de AIDS, de unidades de saúde e assistência social, além de grupos focais com lideranças LGBT+ e profissionais de saúde.	MONTEIRO, BRIGEIRO (2019)
4	2013	Região Metropolitana da Grande Vitória (ES).	15 pessoas trans, sendo 11 mulheres transexuais (4 delas “operadas”), 1 homem transexual, 2 travestis, 1 gay (que se identificava como gay, realizava uso de hormônios e adotava nome social feminino).	ROCON <i>et al.</i> (2016 e 2018)
5	2019	Belo Horizonte (MG).	Público presente na 22ª Parada do Orgulho LGBT de Belo Horizonte.	RAMOS <i>et al.</i> (2020)
6	2012 a 2014 e 2014 a 2016	Região Metropolitana de Belo Horizonte (2012 a 2014) e Juiz de Fora (2014 a 2016) (MG).	141 questionários aplicados entre travestis e transexuais profissionais do sexo na Região Metropolitana de Belo Horizonte entre 2012 e 2014, além de observações de campo e com grupos focais realizados quinzenalmente em um grupo de apoio a travestis e transexuais em Juiz de Fora (2014 a 2016).	PRADO <i>et al.</i> (2016)
7	2012 a 2014	Região Metropolitana de Belo Horizonte (MG).	141 questionários aplicados entre travestis e transexuais profissionais do sexo de Belo Horizonte entre 2012 e 2014.	NUH (2016)

Fonte: quadro elaborado pelos autores..

3.1. Os números das desigualdades verificadas

Estudos nacionais e internacionais já demonstraram as barreiras impostas especificamente à população LGBT+ no acesso à saúde⁶⁷. E todos esses estudos chamam a atenção para o fato de que as pessoas transexuais e travestis são o grupo que enfrenta as maiores dificuldades ao buscarem atendimento em serviços públicos de saúde. E, novamente, aqui nem nos referimos aos cuidados específicos como o Processo Transexualizador, mas ao atendimento primário em saúde. As análises de diferentes grupos em diferentes momentos e regiões concluíram sempre pela força da transfobia e

da travestifobia atuando como fatores de expulsão dessas pessoas do sistema de saúde, com agravamentos interseccionais relacionados a outros fatores como pobreza, raça/cor, idade e aparência física (atendimento ou não de padrões estéticos cisheteronormativos)⁶⁸
69.

Essa é a conclusão da Pesquisa nº 1, pesquisa realizada entre fevereiro de 2009 e setembro de 2010, que entrevistou 95 pessoas (sendo 52 gestoras e 43 ativistas LGBT+) em nove estados e no Distrito Federal, contemplando as cinco macrorregiões do país para analisar as políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT+ no Brasil. O trabalho demonstrou que:

[...] os problemas enfrentados pela população LGBT no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde são ainda mais dramáticos nos casos de travestis e transexuais. Não só por reivindicarem atendimento especializado para demandas que não se colocam para outros segmentos populacionais (alterações corporais associadas ao uso de hormônios e silicone, por exemplo), mas também pela intensidade da homofobia que costuma incidir sobre estes dois grupos identitários, especialmente quando também são discriminados a partir de outros marcadores sociais, como níveis de renda e de escolaridade, raça/ cor e aparência física, entre outros. Nesses termos, pode-se apontar que travestis e transexuais correspondem ao público, no conjunto da população LGBT, que mais intensamente sente a escassez de políticas de saúde específicas e, paralelamente, o que mais se beneficiará de tais ações quando forem efetivadas⁷⁰.

Na Pesquisa nº 2, realizada na primeira década dos anos 2000 em Porto Alegre, as travestis e mulheres trans perguntadas sobre o tratamento recebido por elas no SUS foram unânimes na alegação de que há uma resistência dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde em tocá-las. Segundo elas, o médico faz perguntas e prescreve medicações unicamente com base no relato da paciente, sem tocá-la. É tamanho o constrangimento que o corpo travesti causa nesses profissionais que eles optam por concluir as consultas clínicas sem realizar o exame físico⁷¹.

68 ROCON, *et al.*, ref. 7.

69 PERES, Wiliam S. Travestis, cuidado de si e serviços de saúde: algumas reflexões. In: COSTA, Horácio *et al.* (org.). **Retratos do Brasil homossexual**: fronteiras, subjetividades e desejos. São Paulo: EDUSP: Imprensa Oficial, 2010. p. 303-319.

70 MELLO; PERILO; BRAZ; PEDROSA, ref. 33, p. 21.

71 MULLER, Magno Ivo; KNAUTH, Daniela Riva. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado'! **Cadernos EBAPE.BR**, v. 6, n. 2, p. 1-14, jun. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org>.

Sobre este ponto, também presente em outros estudos, Duarte ressalta a ignorância e o preconceito que se fazem presentes na atuação de profissionais da saúde em abordar questões ligadas à sexualidade e em lidar com corpos diferentes do padrão socialmente imposto, mas chama a atenção ainda para o “crescimento e aparecimento de setores conservadores e moralistas que se apresentam com esse discurso no cotidiano dos serviços de saúde”. Esse estranhamento “cria resistência e repulsa nos agentes da atenção à saúde, assim como omissão e indiferença, interferindo bastante na produção do cuidado, no projeto terapêutico singular, na conduta” e ainda permitindo que sejam criadas situações vexatórias e discriminatórias como olhares, piadas e atitudes desrespeitosas⁷².

Outra denúncia identificada na Pesquisa nº 2, de Porto Alegre, e que está presente em todas as outras pesquisas aqui reunidas, é sobre o desrespeito ao nome social:

Outra situação de discriminação relaciona-se à recepção nos serviços. Quando chegam e se dirigem à recepção, pedem para serem chamadas pelo nome feminino, com o qual se identificam. Contudo, esse pedido parece não ser atendido, e na hora da consulta, retumba pela sala, diante de olhares curiosos e discriminatórios, o nome que está impresso no documento de identidade. A falta de qualificação dos profissionais atendentes pode explicar essa atitude, mas não a justifica. Talvez, haja certo prazer, poder e perversão em expor as travestis diante dos outros pacientes⁷³.

Os sentimentos vivenciados e declarados pelas travestis entrevistadas neste estudo em relação ao tratamento que receberam quando precisaram acessar serviços públicos de saúde foram preconceito, exclusão, discriminação e estigma e, embora elas não mencionem agressões, é importante que se tenha em mente que esse tipo de discriminação é uma forma de violência⁷⁴.

A Pesquisa nº 3, realizada em 2016 em camadas populares da Baixada Fluminense, no Rio de Janeiro, entrevistou 9 mulheres trans e travestis, gestores e profissionais de programas de AIDS, de unidades de saúde e assistência social, além de grupos focais com lideranças LGBTQ+ e profissionais de saúde sobre o acesso de travestis e transexuais

br/j/cebape/a/3tkDxMZBRqcBdB7zm3TJGqj/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 dez. 2023.

72 DUARTE, ref. 32.

73 MULLER; KNAUTH, ref. 71, p. 6.

74 MULLER; KNAUTH, ref. 71.

aos serviços públicos de saúde da região, e identificou melhoras recentes, bem como problemas ainda existentes. Neste estudo, as respondentes mais velhas mencionaram bastante o “reconhecimento de modos de tratamento mais tolerantes às pessoas trans/travestis no convívio social atual, inclusive nas instituições”⁷⁵. Além disso, foram citadas novidades legais e jurídicas de defesa dos direitos de pessoas LGBTQ+ que, apesar de não representarem mudanças profundas nas representações, trouxeram efeitos perceptíveis no nível das práticas.

Na região metropolitana da Grande Vitória, no Espírito Santo, a Pesquisa nº 4 entrevistou 15 pessoas trans sobre as dificuldades que enfrentavam no acesso aos serviços públicos de saúde e suas expectativas em relação ao atendimento do SUS e identificou que o desrespeito ao nome social e a incidência de episódios de discriminação por parte dos profissionais de saúde são grandes barreiras ainda existentes. Nos relatos recolhidos, chama a atenção o que foi chamado de “dar show”, que é uma reação violenta e geralmente barulhenta, como estratégia de luta dessas pessoas no enfrentamento desses obstáculos⁷⁶. Além disso, fica registrada a denúncia da falta de orientação e acompanhamento médico na região para travestis e pessoas trans em tratamento de hormonioterapia. Rocon *et al*⁷⁷. demonstram que:

Episódios de transfobia e travestifobia praticados por profissionais da saúde, nos variados estabelecimentos e níveis de atenção, configuram barreiras para o acesso à saúde pela população trans. O desrespeito ao nome social apresenta-se como uma das principais formas de discriminação presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Como efeito, dezenas de pessoas trans resistem em buscar tratamentos de saúde por medo de sofrerem discriminação. Ocorre também o abandono de tratamentos em saúde importantes, como os de HIV/AIDS, produzindo um quadro de exclusão do acesso à saúde. Tendo em conta as condições de vulnerabilidade social que geralmente vivem as pessoas trans, essas situações de violência nos serviços de saúde podem produzir quadros de adoecimento irreversíveis e levar à morte⁷⁸.

Corpo e linguagem não são questões dicotômicas. Assim, para pessoas trans, alterações na linguagem podem ser tão importantes quanto alterações corporais. É por isso que o desrespeito ao nome social é uma forma de discriminar, desumanizar e excluir

75 MONTEIRO; BRIGEIRO, ref. 38, p. 3-4.

76 ROCON, *et al.*, ref. 7.

77 ROCON, *et al.*, ref. 8.

78 ROCON, *et al.*, ref. 8.

essas pessoas do acesso aos serviços públicos⁷⁹.

Para Guaranha e Lomando⁸⁰, o nome é uma questão tão central na nossa sociedade que, antes mesmo de nascer, as pessoas já recebem um nome que as situa dentro do registro linguístico do masculino ou do feminino. Um nome que, apenas por ser dito, já informa o gênero da criança esperada. Essa determinação é parte da identidade das pessoas e marca a construção da sua identidade de gênero e da sua sexualidade, seja pela conformidade ou pelo desconforto. Por isso, o nome social tem papel fundamental na construção da identidade de pessoas trans e travestis. É a forma como elas escolhem se apresentar no mundo e se inserir na linguagem. Desrespeitar o nome social é, mais que expor uma pessoa, deslegitimar e não reconhecer a identidade que ela construiu, ignorando os processos autônomos de construção subjetiva e identitária. Segundo os autores:

A Carta dos Direitos dos Usuários, que é de 2006, representou um avanço na busca por atendimentos mais humanizados e livres de preconceito e discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. No entanto, mesmo com o aval institucional do direito ao uso do nome social no SUS, são frequentes os relatos de não reconhecimento da identidade feminina de travestis e transexuais no sistema de saúde, as quais se sentem constrangidas e envergonhadas ao serem chamadas pelo nome masculino no momento do atendimento⁸¹.

A Pesquisa nº5, aplicada em 2019 pelo Núcleo Jurídico de Diversidade Sexual e de Gênero da Universidade Federal de Minas Gerais (Diverso-UFMG) na 22ª Parada do Orgulho LGBT de Belo Horizonte, perguntou às travestis e pessoas trans respondentes sobre a utilização do nome social nos equipamentos de saúde pública. Segundo a pesquisa:

[...] 31,8% das pessoas trans e travestis entrevistadas respondeu que não utiliza o nome social quando atendidas pelas SUS, enquanto 45,4% disse que usa o nome

79 ROCON, *et al.*, ref. 8.

80 GUARANHA, Camila; LOMANDO, Eduardo. “Senhora, essa identificação não é sua!”: reflexões sobre a transnomeação. *In*: NARDI, Henrique Caetano; SILVEIRA, Raquel da Silva; MACHADO, Paula Sandrine (org.). **Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: Sulina, 2017. p. 49-61.

81 GUARANHA; LOMANDO, ref. 80, p. 57.

social nessas situações. 13,6% não quis responder à pergunta.

Dentre os motivos da não utilização do nome social no Sistema Único de Saúde, nos deparamos com respostas diversas entre os respondentes. Dentre elas destacamos: o desrespeito ao uso (14,1%), o medo de discriminação e/ou constrangimento (14,1%), a transfobia na saúde (14,1%), a opção de não falar o nome social nesses espaços e de apesar de ter retificado o nome não utilizá-lo (14,1%) e a necessidade de mudar a carteira de identidade (14,1%). Por fim, 28,5% não quis responder.

Entre as(os) transexuais e travestis que responderam utilizar o nome social, 20% afirmou que isso já lhes proporcionou algum constrangimento ou desconforto nos atendimentos médicos, enquanto 60% responderam que não tiveram problema⁸².

Para além do desrespeito ao nome social, a Pesquisa nº 5 ainda identificou que 18,1% das pessoas trans e travestis entrevistadas afirmaram já ter sofrido algum tipo de violência em postos de saúde e hospitais em virtude da sua identidade de gênero, destacando-se, entre as violências, a verbal e a psicológica, com 18,8% cada. Ainda neste grupo, 9,1% das pessoas respondentes afirmaram se sentir nada e 36,4% afirmaram se sentir pouco acolhidas (totalizando 45,5%) em postos de saúde e hospitais, enquanto 31,8% afirmaram se sentir acolhidas e 22,7% muito acolhidas nesses espaços⁸³.

A Pesquisa nº 6⁸⁴ foi realizada com travestis e transexuais profissionais do sexo de Belo Horizonte entre 2012 e 2014, e entre 2014 e 2016 com um grupo de apoio e militância voltado a pessoas travestis e transexuais de Juiz de Fora, e constatou também que “a adesão desta população ao sistema de saúde é extremamente reduzida”⁸⁵, uma vez que 26,2% das pessoas entrevistadas afirmaram estar há mais de um ano sem realizar uma consulta médica. Ainda, 58,8% declararam já terem deixado de buscar auxílio médico mesmo tendo precisado. Entre estas, foram apontados como principais motivos: a “automedicação” (40,9%), “preconceito/discriminação/violência contra a população trans” (19,2%); “demora de agendamento (fila) para consultas e exames” (19,2%)⁸⁶. É importante observar que esse último motivo, a demora no atendimento, é uma reclamação já conhecida sobre o SUS. Se, aqui, ela se torna motivo suficiente para não buscar o serviço, talvez seja resultado da descrença no atendimento, que faz com que a espera não pareça valer a pena. Para os autores:

82 RAMOS, Marcelo Maciel *et al.* **Relatório de violências contra pessoas LGBTQ+:** pesquisa da 22ª Parada do Orgulho LGBT de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Diverso UFMG, 2020, p. 40. Disponível em: <https://diversoufmg.com/relatorios/relatorio-da-22a-parada-do-orgulho-lgbt-de-belo-horizonte/>. Acesso em: 10 dez. 2023.

83 RAMOS *et al.*, ref. 81, p. 41.

84 PRADO, *et al.*, ref. 2.

85 PRADO, *et al.*, ref. 2, p. 74.

86 PRADO, *et al.*, ref. 2, p. 74.

Esses motivos sugerem, mesmo que indiretamente, um desestímulo causado pela discriminação vinda dos profissionais de saúde e/ou desarticulação dos programas de saúde às suas especificidades. Nos grupos focais, foi recorrente o relato de experiências de humilhação pública ou de situações vexatórias proporcionadas por profissionais de saúde no atendimento aos usuários e às usuárias dos serviços públicos. O desrespeito ao uso do nome social e a negligência, sobretudo, de profissionais da medicina e da psicologia no atendimento a essa população, foram relatados por todas as pessoas que passaram pelo grupo de apoio ao longo do período em que a pesquisa foi realizada. Dito de outro modo, todas as pessoas participantes dos grupos focais, ao longo de dois anos de trabalho de campo, relataram algum tipo de experiência pessoal de violação de direitos, perpetrada por agentes de saúde, médicos e/ou psicólogos⁸⁷.

Essa Pesquisa nº 6 também investigou a questão da autoaplicação de hormônios e demonstrou que, entre as pessoas respondentes, 92,9% afirmaram já terem feito uso de hormônios como estratégias de construção de seus corpos. Destas, 63,6% iniciaram o uso antes mesmo dos 18 anos de idade. Entre as participantes que afirmaram fazer (ou terem feito) uso de hormônios, 98,2% afirmaram ter se orientado a respeito dos medicamentos hormonais com outras travestis e apenas 1,8% afirmou ter recebido orientação no serviço público de saúde. Entre os medicamentos apontados, o principal destaque é para os comprimidos anticoncepcionais, que são facilmente adquiridos em farmácias⁸⁸. A autoaplicação, então, é resultado imediato da facilidade de obter anticoncepcionais (que não exigem receita médica), do afastamento dos serviços de saúde e da dificuldade de obter atendimento profissional para essas demandas específicas.

Outra questão identificada são os problemas de saúde apontados pelas pessoas ouvidas. É comum que a autoaplicação de hormônios inadequados para a realidade específica de cada organismo resulte em problemas de saúde, com destaque para os rins e o fígado, e isso se confirma nessa Pesquisa nº 6, já que 14,2% relataram diagnóstico de algum problema renal, 7,8% relataram alguma doença hepática e 3,6% algum problema cardíaco. Além disso, 5,7% relataram diagnóstico de hipercolesterolemia, 4,26% sofriam de hipertensão e 2,84% de diabetes. Outros diagnósticos que confirmam tendências encontradas em outros estudos são os relativos à saúde mental. Para essa pergunta,

87 PRADO, *et al.*, ref. 2, p. 74-75.

88 PRADO, *et al.*, ref. 2.

26,2% já haviam recebido diagnósticos de depressão e 5,0% de alguma outra doença psiquiátrica como síndrome do pânico e transtorno bipolar⁸⁹.

A transexualidade e a travestilidade foram despatologizadas em 2018, ano em que a OMS retirou essas identidades da Classificação Internacional de Doenças. Também não existe qualquer relação comprovada entre a transexualidade ou a travestilidade e algum tipo de propensão a problemas de saúde mental. O que se verifica, no entanto, é um contexto tão complexo de exclusões que resulta em um grande número de casos de sofrimento mental e tentativas de autoextermínio⁹⁰. Segundo Peres:

Apesar de não termos dados oficiais de pesquisas a respeito da saúde mental das travestis, o convívio com a comunidade de travestis permite algumas inferências preocupantes, como, por exemplo, o grande número de pessoas travestis que reclamam ou que se mostram em estado de depressão (...); ou ainda expressando graus elevados de ansiedades; ou ainda desânimo frente à vida e de total descrédito com ela; e, em casos mais extremos, notícias sobre altos índices de morbidade e mortalidade por overdose de drogas, ou mesmo de incidências de práticas de suicídio⁹¹.

Essa realidade é apontada também na Pesquisa nº 7, que acompanhou travestis e mulheres trans que atuam no mercado da prostituição na Região Metropolitana de Belo Horizonte, e identificou que 26% delas já receberam algum diagnóstico de depressão. O trabalho sexual é uma atividade desgastante, repleta de riscos e desprotegida pelo Direito, que expõe essas profissionais a um acúmulo interseccional de vulnerabilidades que muitas vezes se manifesta na forma de situações estressantes, de medo e de desânimo frente a tantos obstáculos, abusos e exploração. Perguntadas sobre outras doenças, foram relatados diagnósticos de sífilis (16%), problemas renais (14%), dependência química (10%), “HIV/Aids” (4%) e gonorreia ou outras IST (4%)⁹².

Esses dados também evidenciam o grande afastamento entre as entrevistadas (travestis e mulheres trans profissionais do sexo) e o sistema público de saúde. Ainda na Pesquisa nº 7, 58,87% afirmaram já ter deixado de procurar atendimento médico mesmo acreditando necessitar. Perguntadas sobre o motivo da recusa, 24,11% afirmaram ter

89 PRADO, *et al.*, ref. 2.

90 PEDRA, ref. 4.

91 PERES, ref. 69, p. 306.

92 NUH, ref. 5.

se automedicado, 11,35% apontaram o “preconceito/discriminação/violência contra a população trans”, 11,35% a “demora de agendamento (fila) para consultas e exames” e 9,22% indicaram o “desrespeito ao nome social”. Sobre o número de consultas médicas que realizaram nos últimos 12 meses, 26,24% das entrevistadas responderam “nenhuma”, 36,17% responderam “uma ou duas” e 24,82% haviam realizado “de três a cinco”. Até mesmo sobre a testagem de HIV e IST, procedimento sempre oferecido a esse grupo, e que algumas vezes é realizado pelo Poder Público em ações externas de abordagem a profissionais do sexo nas ruas de prostituição, apenas 65% das entrevistadas afirmaram ter realizado nos últimos 12 meses. Outra questão levantada pela Pesquisa nº 7 e que foi negligenciada pelas outras seis aqui apresentadas é o câncer de próstata. Nessa pesquisa, apenas 8,6% das entrevistadas já haviam realizado esse exame⁹³.

Diferente de outras pesquisas, a Pesquisa nº 7 identificou um percentual significativo de pessoas que possuem plano de saúde: 23,4% das respondentes. No entanto, em relação ao Processo Transsexualizador, política pública que poderia servir de porta de entrada para essas pessoas acessarem os serviços que compõem a atenção básica, 93% das entrevistadas não tinham iniciado o atendimento e 81,75% informaram que sequer pretendiam iniciar. Nas anotações dos pesquisadores, foi registrado que “muitas das entrevistadas não tinham conhecimento acerca do processo transsexualizador e, quando sabiam algo a respeito, era ainda presente a concepção de que tal processo possui como finalidade única a cirurgia de redesignação sexual”⁹⁴.

3.2. Dificuldades enfrentadas pelas pesquisas que se dedicaram à temática

A análise desses estudos precisa considerar algumas questões. A amostra regional é bem pouco diversificada. E, embora um dos sete estudos apresentados (a Pesquisa nº 1) tenha sido realizado em âmbito nacional (nove estados, suas respectivas capitais e o Distrito Federal, contemplando as cinco macrorregiões do país), os seis outros são todos do Sudeste (a Pesquisa nº 3 no Rio de Janeiro, a Pesquisa nº 4 no Espírito Santo e as Pesquisas nº 5, 6 e 7 em Minas Gerais) ou no Sul (a Pesquisa nº 2 no Rio Grande do Sul). Além da baixa diversidade regional, boa parte dessas pesquisas registrou a dificuldade de encontrar respondentes ou participantes pelos grupos (barreira que foi enfrentada com estratégias diferentes).

Outra dificuldade é a falta de pesquisas dessa natureza. Todos os estudos aqui organizados são de iniciativas da sociedade civil, pois não há, por parte do Estado,

93 NUH, ref. 5.

94 NUH, ref. 5.

interesse em mapear e conhecer a população LGBTQ+. Políticas públicas de inclusão social e enfrentamento de desigualdades necessitam de dados e a omissão do Estado em produzir esses dados é mais um indicativo da falta de vontade política em conduzir ações que de fato alcancem essas pessoas. Mas é interessante observar como todos os resultados são parecidos. Ainda que as perguntas e porcentagens variem, a imposição de barreiras ao acesso de pessoas trans e travestis aos serviços públicos de saúde fica clara em todos os contextos pesquisados. Nas palavras dos autores da Pesquisa nº 4 aqui discutida:

Transfobia e travestifobia funcionam como operadores do gênero binário na ponta dos serviços de saúde, por interditos e constructos morais que também normatizam as vidas dos profissionais que ali trabalham, produzindo assim a exclusão da população trans por meio da reprodução de tais normas na totalidade das relações que ali acontecem⁹⁵.

Para além das IST, preocupação única do Estado como vimos, as pessoas trans e travestis necessitam de cuidados de saúde assim como todas as outras. Antes mesmo de questões mais particulares como os procedimentos que compõem o Processo Transexualizador (discussão bem mais específica, que demanda outros dados e enfrenta outros problemas), o que aqui se demonstra é que esse grupo social está sendo privado de acessar os serviços mais básicos da saúde pública, que compõem o que chamamos de atenção básica. Essas pessoas também precisam tomar vacinas, sofrem de doenças físicas e de saúde mental, têm problemas crônicos ou doenças de estação. Essas pessoas se machucam e precisam de cuidados. É preciso que se busque entender onde elas buscam esse apoio se não se sentem acolhidas nos serviços públicos de saúde e muitas vezes não têm condições financeiras de buscar atendimento privado (em virtude de todas as outras exclusões)⁹⁶.

E, se a conclusão for a que aqui se anuncia, que elas não encontram esse apoio e vivem marginalizadas, é urgente reconhecer que essas exclusões a elas impostas contribuem para expor essas pessoas a “riscos epidêmicos, sociais, políticos e culturais”. Afastadas dos processos de tomada de decisão da sociedade, sem acesso à cidadania, sem autoestima e descrentes de suas potencialidades, essas pessoas enfrentam

95 ROCON, *et al.*, ref. 8.

96 ALMEIDA, ref. 3.

exclusões invencíveis e são diariamente condenadas à morte⁹⁷.

4. As dificuldades no acesso aos serviços de saúde por pessoas trans e travestis

O desconhecimento das demandas específicas de travestis e transexuais pelo sistema público de saúde ainda é uma realidade porque imperam (na sociedade, nos profissionais envolvidos e, principalmente, nas ações reguladoras do Estado) concepções cisheteronormativas que estigmatizam e inviabilizam (por vezes, condenam e desmoralizam) qualquer experiência que escape dos estritos padrões sociais de normalidade⁹⁸.

O “atendimento humanizado” é direito expresso duas vezes na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, no *caput* do art. 4^o⁹⁹ e em seu parágrafo único, bem como na Política Nacional de Humanização (que existe desde 2003) e na Política Nacional de Atenção Básica (de 2017, que prevê ainda o enfrentamento da estigmatização e da discriminação) e, embora possa parecer uma expressão meramente técnica, ou talvez um pouco vaga, é uma demanda central do Movimento Trans. Na Pesquisa nº 4, realizada na Grande Vitória, por exemplo, que reproduz frases ditas pelas pessoas que participaram dos grupos focais, isso aparece em 4 das 7 respostas transcritas para a pergunta “O que esperam, o que mudariam e o que fariam para melhorar o SUS?”, que enfatizam a necessidade de capacitar os profissionais dos serviços de saúde para que consigam oferecer atendimento humanizado a pessoas trans e travestis (e LGBT+ em geral), “facilitando o acesso desse segmento na medida em que elimina as barreiras produzidas pelo preconceito e pela discriminação”¹⁰⁰. O estudo conclui que:

São apontadas soluções que reforçam a necessidade de formação continuada pautada na promoção da humanização, da dignidade e do respeito ao nome social e às identidades de gênero para todxs xs trabalhadorxs da saúde envolvidxs

97 PERES, ref. 69, p. 304.

98 PRADO, *et al.*, ref. 2.

99 “Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe (...)”.

100 ROCON, *et al.*, ref. 8.

no itinerário pela busca por atendimento em saúde. Essas proposições reiteram que a discriminação, a dificuldade de diálogo entre profissionais da saúde e usuárixs trans e o desrespeito ao nome social se apresentam como obstáculos ao acesso de pessoas trans aos serviços de saúde, sendo elementos responsáveis pelo adoecimento dessa população na medida em que a priva dos cuidados e da proteção em saúde. Por fim, as soluções, indicações e provocações elencadas pelas falas apontam que um modelo de atenção à saúde biomédico e curativista não será capaz de responder às demandas em saúde da população trans. Nessa direção, as entrevistas reiteram a resistência construtora do Sistema Único de Saúde, na medida em que suas demandas em saúde requerem um sistema de saúde público, universal, integral, com justiça e participação social¹⁰¹.

Na Pesquisa nº 2, realizada em Porto Alegre, há relatos de pessoas trans que afirmaram saírem dos atendimentos médicos “deprimidas”, “para baixo” e com sentimento de “tristeza”, resultado direto da falta de acolhimento por parte dos trabalhadores da saúde, o que transforma esses locais de atendimento em mais um espaço de discriminação para essas pessoas¹⁰². O “acolhimento” aqui mencionado, outra palavra bastante comum nesses estudos, é uma expressão presente nas técnicas e procedimentos da saúde e que se relaciona diretamente com a busca por garantir atendimento humanizado aos usuários dos serviços. Em um estudo que analisa experiências de reorganização do serviço de saúde a partir da ótica do acolhimento, Franco, Bueno e Merhy¹⁰³ concluem que o “acolhimento” pode “evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários (portadores das necessidades centrais e finais de um serviço) estão submetidos” nas relações que travam com o que os serviços de saúde são capazes de oferecer.

A garantia de “atendimento humanizado” não está expressa na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde por inovação do Ministério da Saúde. Essa, como adiantado, é uma demanda histórica (e ainda muito atual) do Movimento LGBTQ+, principalmente do Movimento Trans. Mesmo descrita em outras palavras algumas vezes, é uma demanda repetida na história, geralmente sob a forma de pedidos de capacitações e formações, que são, na verdade, outras formas que o movimento encontrou de demandar que o Estado garanta que os agentes públicos entendam e pratiquem o atendimento

101 ROCON, *et al.*, ref. 8.

102 MULLER; KNAUTH, ref. 71.

103 FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr. 1999, p. 346. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VRpYptVLKFZpcGFbY5MfS7m/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

humanizado. Peres¹⁰⁴ destaca, relatando brevemente o histórico de encontros regionais e nacionais entre 1999 e 2008, a aprovação de propostas que reivindicavam ao Ministério da Saúde a “capacitação de funcionários(as), médicos(as) e enfermeiros(as) para que tenham melhores tratamentos”. O excessivo e histórico número de pedidos dessa natureza só demonstra o quanto esse grupo social ainda precisa requerer diariamente que sejam respeitados seus direitos fundamentais básicos – e que o Estado se responsabilize por exigir um tratamento que garanta esse mínimo de cidadania sem o qual é difícil viver¹⁰⁵.

Tais demandas vinham sendo, ao longo dos anos, formalmente atendidas pelo Poder Executivo Federal (ainda que, na prática, as mudanças efetivas sejam difíceis de identificar). A necessidade de sensibilização e capacitação de profissionais da saúde para o atendimento humanizado e não discriminatório da população LGBT+ é, segundo Mello *et al.*¹⁰⁶, “um dos temas mais recorrentes nos planos, programas e demais documentos que apresentam diretrizes, objetivos e metas para as políticas públicas de saúde formuladas para esses segmentos”. Ressaltam ainda os autores que o que se constata nas entrevistas realizadas com gestoras e ativistas sobre o alcance das ações de conscientização dos agentes de saúde sobre os danos individuais e sociais decorrentes da LGBTfobia é que “ainda há muito por fazer, já que o total de iniciativas e o público alcançado são pouco significativos”¹⁰⁷.

Garantir e respeitar o direito à vida de uma pessoa não se restringe a não permitir que ela seja morta, mas inclui respeitar a sua integridade, possibilitar a sua sobrevivência digna e dar a ela condições mínimas (fundamentais) para que consiga se desenvolver. Para além das condições materiais, as necessidades do corpo que, se não atendidas, levam à morte, existem necessidades espirituais que também precisam ser asseguradas, como a liberdade, a esperança e o respeito dos semelhantes, por exemplo. Mais que manter as pessoas vivas, o que o Estado deve assegurar para cumprir o seu dever de garantir a vida é que elas possam viver com dignidade¹⁰⁸.

Antes, então, da discussão sobre o acesso de pessoas trans e travestis à saúde, é preciso ter em mente que essas pessoas vêm tendo histórica e sistematicamente negado o direito à vida, essencialmente anterior. Pensar a vulnerabilidade dessas pessoas, destacam Toneli e Amaral¹⁰⁹, exige considerar não somente as questões físicas e psicológicas, mas políticas e geopolíticas. E o histórico do Estado é de negação, indiferença e invisibilização de grupos minoritários. O histórico da saúde não tinha como ser muito diferente.

104 PERES, ref. 69, p. 308.

105 PEDRA, ref. 4.

106 MELLO; PERILO; BRAZ; PEDROSA, ref. 33, p. 18.

107 MELLO; PERILO; BRAZ; PEDROSA, ref. 33, p. 18.

108 DALLARI, ref. 12.

109 TONELI; AMARAL, ref. 39.

A consolidação desse quadro de exclusões e violações na história e sua manutenção no presente comprovam que a LGBTfobia tem caráter estrutural no Brasil e, é importante registrar, é vivida de forma muito específica por cada um dos grupos que compõem a sigla (além dos recortes interseccionais de gênero, raça, classe, idade e etc., que são fundamentais em qualquer análise). O caráter estrutural da LGBTfobia marca a atuação do Estado, o pensamento social e as relações dos agentes públicos com o respeito à diversidade. Assim, as desigualdades e hierarquizações sociais naturalizam-se de forma tão intrínseca aos costumes sociais que situações de discriminação deixam de nos causar espanto ou comoção. As práticas discriminatórias impetradas contra grupos estruturalmente excluídos fazem parte dos costumes e os privilégios de alguns em detrimento da manutenção de relações assimétricas que inferiorizam outros não são capazes sequer de nos provocar reflexão¹¹⁰.

E, se uma discriminação assume caráter estrutural em uma sociedade, isso também se reflete, inevitavelmente, no Direito, no Estado, nos serviços públicos e em tudo mais em que pessoas, com seus princípios e repertórios sociais, tenham poder de decisão. Nesse sentido, Toneli e Amaral¹¹¹, em diálogo inevitável com Butler¹¹², chamam a atenção para quais são os critérios que fazem uma vida valer ou não a pena, discussão que fica evidente quando se analisam as relações entre transexualidades, travestilidades e políticas públicas. Embora existam dados alarmantes sobre violências e exclusões, esses dados parecem despertar interesse apenas em pesquisadores. Assim:

Considerando estas questões que envolvem vidas vivíveis, será possível problematizar a dinâmica do preconceito transfóbico, a capacidade dos gestores e profissionais em identificar este tipo de violência e suas formas de enfrentamento que poderiam gerar processos e práticas interventivas no âmbito das políticas públicas. Estas estratégias de não silenciamento da violência possibilitariam mapear as vulnerabilidades a que a população de travestis e transexuais está exposta, tornando visíveis esses sujeitos e contribuindo com a ampliação e facilitação do acesso aos direitos dessa população¹¹³.

110 PEDRA, Caio Benevides. **Direitos LGBT**: a LGBTfobia estrutural e a diversidade sexual e de gênero no direito brasileiro. Curitiba: Appris, 2020.

111 TONELI; AMARAL, ref. 39.

112 BUTLER, Judith. **Quadros de guerra**: Quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

113 TONELI; AMARAL, ref. 39, p. 44-45.

Nesse ponto, faz falta que o Direito assuma a responsabilidade de fazer cumprir as normas e garantir que se busque efetivar os direitos dessas pessoas. O Poder Judiciário tem papel central na determinação e aplicação dos princípios constitucionais e legais e, assim, impacto direto nas políticas públicas propostas ou implementadas pelo Executivo, permitindo, pelo seu poder impositivo e contramajoritário, a incorporação (ou consideração, ainda que breve e, por vezes, marginal) de vozes minoritárias na elaboração dessas políticas¹¹⁴.

Todas as maiores conquistas da população LGBTQ+ foram obtidas após longas batalhas no Poder Judiciário. As medidas do Executivo carecem de efetividade e o Legislativo evoluiu de um histórico de omissão para um contexto de aversão e perseguição¹¹⁵. Foi assim com a adoção homoparental (em 2009), a união estável e a conversão em casamento (em 2011, sendo o provimento do Conselho Nacional de Justiça de 2013), a retificação administrativa de nome e gênero (em 2018), a criminalização da homotransfobia (em 2019) e a doação de sangue (2020), o que só destaca a importância do Direito na garantia do acesso à cidadania por essas pessoas¹¹⁶. Mais especificamente no campo da saúde, também o Processo Transsexualizador é fruto de uma vitória judicial, já que foi criado pelo Executivo somente após a vitória do Ministério Público em uma ação judicial que obrigou o SUS a oferecer os serviços de saúde específicos que o compõem para pessoas trans e travestis¹¹⁷.

Mas essas conquistas são ainda muito pequenas diante do caráter estrutural da LGBTQfobia e da forma como ela legitima pessoas a violarem, por meio de suas atuações profissionais e até de atos cotidianos, os direitos de pessoas LGBTQ+. No contexto aqui discutido, a transfobia e a travestifobia atuam de duas formas muito específicas: na forma preconceituosa, despreparada e sem conhecimento (sobre identidade de gênero) com que atuam os profissionais de saúde; e no completo descaso do Estado de fazer valer as garantias e responsabilidades que assumiu¹¹⁸. O tratamento discriminatório, assim, não apenas impera como se retroalimenta e se mantém:

Importa demarcar que os entendimentos sobre saúde e doença se produzem pelas normas sociais estabelecidas historicamente. Assim, os diagnósticos não avaliam somente estruturas anatomo/fisio/psico/patológicas, eles são atravessados “pela representação comum da norma em um meio social em um dado momento”. Portanto, a experiência da saúde e da doença transcende

114 TAYLOR, Matthew M. O Judiciário e as Políticas Públicas no Brasil. **Dados** - Revista de Ciências Sociais, vol. 50, núm. 2, 2007, p. 229-257. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/dados/a/hcw8bdc7Ywfrp6cNjmCvPVh/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

115 PEDRA, ref. 4.

116 PEDRA, ref. 110.

117 PEDRA, ref. 4.

118 DUARTE, ref. 32.

a ótica biomédica por conjugar “normas, valores e expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir”. Numa sociedade cujas normas predominantes para a inteligibilidade dos corpos residem no gênero binário e na heteronormatividade, todos os corpos inadequados a esse padrão poderão ser considerados doentes, como no caso dos corpos trans¹¹⁹.

Analisando as experiências de grupos minoritários nos serviços de saúde, Franco, Bueno e Merhy¹²⁰, afirmam que “em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações”. Nesta linha, o que aqui se verifica é exatamente que a relação dos usuários com os serviços de saúde depende direta e inevitavelmente da relação desses usuários com os profissionais de saúde. E, nas experiências de travestis e transexuais, a discriminação nos equipamentos de saúde inicia-se já na recepção, quando o nome social declarado não é respeitado e se estende até o final da consulta, quando essas pessoas são dispensadas sem sequer terem sido tocadas pelos profissionais, tratadas com desprezo e incompreensão^{121 122}.

Como verificado, isso é resultado de um contexto social complexo, que favorece a discriminação, e não da falta de normativas que versem sobre o tema. Ao contrário, existem iniciativas de formação de servidores e de garantia de tratamento igualitário. O próprio SUS possui uma política nacional de educação permanente¹²³, mas planos, programas e leis não resolvem problemas se ficam apenas no papel. O Brasil é “pródigo em elaborar documentos”¹²⁴, mas ainda não é eficiente em garantir que seus agentes públicos se entendam responsáveis pela proteção de grupos excluídos que, muitas vezes, sofrem violações de direitos dentro de suas próprias famílias e têm os serviços públicos como último recurso.

Talvez alguns desses profissionais não sejam capazes de garantir esse acolhimento institucional por dificuldades em lidar com a ambiguidade que os corpos trans e travestis podem representar e é por isso que se faz importante e urgente ampliar o debate sobre as questões de gênero e diversidade entre os profissionais da saúde como uma forma (viável e verificável institucionalmente) de qualificar o atendimento oferecido a essas

119 ROCON, *et al.*, ref. 7.

120 FRANCO; BUENO, ref. 103, p. 346.

121 ROCON, *et al.*, ref. 8.

122 MULLER; KNAUTH, ref. 71.

123 DUARTE, ref. 32.

124 NARDI, Henrique Caetano. Relações de gênero e diversidade sexual: compreendendo o contexto sociopolítico contemporâneo. In: NARDI, Henrique Caetano; SILVEIRA, Raquel da Silva; MACHADO, Paula Sandrine (org.). **Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: Sulina, 2017. p. 29-30.

peças. É também importante que esses assuntos integrem os currículos das graduações em saúde para que as especificidades relativas aos corpos e ao atendimento sejam debatidas e naturalizadas. Qualificar os profissionais da saúde e aproximá-los desses conceitos pode ser a melhor alternativa para reduzir os estigmas enfrentados por essas pessoas e garantir o acesso delas aos serviços de saúde. E essas medidas dependem necessariamente de um trabalho conjunto entre os profissionais de saúde, a sociedade e o Estado¹²⁵.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É comum que se associem os problemas e exclusões sociais vivenciados pela população LGBT+ à falta de previsão legal de direitos garantidos a essa minoria em razão da histórica omissão legislativa que levou o Judiciário a ser o palco das poucas e maiores conquistas desse grupo social no Brasil. A LGBTfobia, contudo, é uma realidade tão forte e determinante no Brasil que nem mesmo a previsão normativa é capaz de assegurar o cumprimento de um direito para essa minoria.

A experiência vivenciada por travestis e transexuais nos serviços públicos de saúde, como se pode verificar, é descrita nas pesquisas que ouviram essas usuárias como causadora de sofrimento e marcada pela rejeição, resultando em abandono e afastamento. Além disso, são inúmeras as reclamações desse grupo sobre o SUS, as políticas públicas de saúde e, principalmente, o tratamento a elas destinado pelos agentes públicos de saúde.

Duas questões centrais nessa discussão, no entanto, não carecem de previsão normativa. O nome social e o atendimento humanizado, pautas centrais do Movimento Trans, presentes, inclusive, nos encontros e conferências do movimento social organizado, são direitos expressamente previstos na Carta de Direitos dos Usuários do SUS, cuja primeira versão é de 2006. O nome social é ainda replicado na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, de 2011, que faz uma menção também à “humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde”. Atendimento humanizado este que é previsto também na Política Nacional de Humanização, que existe desde 2003, e na Política Nacional de Atenção Básica, de 2017. Apesar disso, a análise das entrevistas aqui comentadas demonstra como ainda são grandes os obstáculos impostos ao exercício desses direitos.

Não se tratando, portanto, de recusa do Estado em prever esses direitos, é preciso verificar, então, a quantas anda a sua efetivação. E, infelizmente, não há vontade política por parte do Estado em buscar o real cumprimento dos direitos aqui debatidos (das

125 MULLER; KNAUTH, ref. 71.

portarias do Ministério da Saúde à Constituição da República). As políticas de saúde focadas nessa população criam direitos apenas formais, sem qualquer preocupação com a fiscalização ou avaliação. Os dados produzidos (pela sociedade civil, já que não há sequer preocupação estatal em conhecer a realidade dessa população) são indicativos dos problemas existentes e permitiriam a formulação de políticas públicas que os enfrentassem. Mas a LGBTfobia estrutural que orienta a atuação estatal e social ainda impede avanços nessas áreas.

As normativas já existem e só dependem de fiscalização. As políticas públicas já existem, mas ainda necessitam de implementação. Os passos iniciais para o enfrentamento dessas exclusões já foram dados, falta agora que o Estado reconheça essa realidade, assuma suas responsabilidades e faça valer os direitos de travestis e transexuais. Mais que sediar um grande número de crimes transfóbicos, o Brasil é um país que não garante a essas pessoas o direito à vida e à saúde, mesmo se compreendidos apenas como “não matar” e “não ter doença”. Uma vez considerados esses direitos a partir das concepções aqui trazidas, de viver dignamente e ter condições de gozar de boa saúde, o Brasil precisa urgentemente reorganizar suas prestações. No caso do acesso aos serviços públicos de saúde, objeto deste trabalho, o compromisso em garantir atendimento humanizado a essas pessoas parece ser a melhor e mais viável alternativa..

REFERÊNCIAS

AGUIÃO, Sílvia. “**Não somos um simples conjunto de letrinhas**”: disputas internas e (re)arranjos da política “LGBT”. *Cadernos Pagu* (46), janeiro-abril de 2016, p. 279-310.

ALMEIDA, Guilherme. Identidade de gênero com ênfase nas pessoas trans: particularidades e acesso à saúde, trabalho e educação. *In*: NOGUEIRA, Leonardo; HILÁRIO, Erivan; PAZ, Thaís Terezinha; MARRO, Kátia. (org.). **Hasteemos a bandeira colorida**: diversidade sexual e de gênero no Brasil. São Paulo: Expressão Popular, 2018. p. 159-185.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília:

Ministério da Saúde, 2004. 20p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 230**. Institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0230_08_03_2023.html. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 dez. 2023.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Notas para uma metodologia jurídica de análise de políticas públicas. In: FORTINI, Cristiana; ESTEVES, Júlio César dos Santos; DIAS, Maria Tereza Fonseca. (org.). **Políticas públicas: possibilidades e limites**. Belo Horizonte: Fórum, 2008. p. 225-260.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra: Quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE DIREITOS HUMANOS DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS, 3., 2016, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos, 2016. 126 p. Disponível em: <https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2021/04/relatorio-final-3a-conferencia-nacional-lgbt-1.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2023.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Direitos humanos e cidadania**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2004.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. **Temporalis**, Brasília, ano 14, n. 27, p. 77-98, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/7209>. Acesso em: 10 dez. 2023.

FACCHINI, Regina. **Sopa de letrinhas?** Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VRpYptVLKFZpcGFbY5Mfs7m/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

GUARANHA, Camila; LOMANDO, Eduardo. “Senhora, essa identificação não é sua!”: reflexões sobre a transnomeação. *In*: NARDI, Henrique Caetano; SILVEIRA, Raquel da Silva; MACHADO, Paula Sandrine (org.). **Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: Sulina, 2017. p. 49-61.

LAURENTINO, Arnaldo Cezar Nogueira. **Políticas públicas de saúde para população LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT**. 2015. 92 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12194/2/Arnaldo_Laurentino_EPSJV_Mestrado_2015.pdf. Acesso em: 10 dez. 2023.

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/pxSyLfDd8pZzdQ6tknGbWnx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

MELLO, Luiz; PERILO, Marcelo; BRAZ, Camilo Albuquerque de; PEDROSA, Cláudio. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 9, p. 7-28, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/8ZZjpNCzgQMvJDDGRvLPYmk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

MOIRA, Amara. Travesti ou mulher trans: tem diferença? Não é possível distinguir no olhómetro quem é travesti e quem mulher trans, primeiro ponto, e, sendo assim, é necessário ter cautela ao tentar estabelecer características que separariam uma identidade da outra. **Mídia Ninja**. São Paulo, 07 ago. 2017. Disponível em: <<http://midianinja.org/amaramoira/travesti-ou-mulher-trans-tem-diferenca/>> Acesso em: 10 dez. 2023.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cadernos de Saúde Pública**, v.35, n. 4, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7Smzr3QL4tfvwZvq>

[yKtysgt/?format=pdf&lang=pt](#). Acesso em: 10 dez. 2023.

MULLER, Magno Ivo; KNAUTH, Daniela Riva. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado!' **Cadernos EBAPE.BR**, v. 6, n. 2, p. 1-14, jun. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/3tkDxMZBRqcBdB7zm3TJGqj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

NARDI, Henrique Caetano. Relações de gênero e diversidade sexual: compreendendo o contexto sociopolítico contemporâneo. *In*: NARDI, Henrique Caetano; SILVEIRA, Raquel da Silva; MACHADO, Paula Sandrine (org.). **Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: Sulina, 2017. p. 15-31.

NUH (Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT). **Projeto Trans**: travestilidades e transexualidades. Belo Horizonte: UFMG, 2016. Disponível em: http://www.nuhufmg.com.br/gde_ufmg/index.php/projeto-trans. Acesso em: 22 mar. 2022.

PEDRA, Caio Benevides. **Cidadania Trans**: o acesso à cidadania por travestis e transexuais no Brasil. Curitiba: Appris, 2020.

PEDRA, Caio Benevides. **Direitos LGBT**: a LGBTfobia estrutural e a diversidade sexual e de gênero no direito brasileiro. Curitiba: Appris, 2020.

PERES, William S. Travestis, cuidado de si e serviços de saúde: algumas reflexões. *In*: COSTA, Horácio *et al.* (org.). **Retratos do Brasil homossexual**: fronteiras, subjetividades e desejos. São Paulo: EDUSP: Imprensa Oficial, 2010. p. 303-319.

PRADO, Marco Aurélio Máximo *et al.* Travestilidades, transexualidades e saúde: acessos, restrições e vulnerabilizações do cuidado integral. *In*: RAMOS, Marcelo Maciel; NICOLI, Pedro Augusto Gravatá; ALKMIN, Gabriela Campos (org.). **Gênero, sexualidade e direitos humanos**: perspectivas multidisciplinares. Belo Horizonte: Initia Via, 2017. p. 63-82.

RAMOS, Marcelo Maciel *et al.* **Relatório de violências contra pessoas LGBTQ+**: pesquisa da 22ª Parada do Orgulho LGBT de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Diverso UFMG, 2020. Disponível em: <https://diversoufmg.com/relatorios/relatorio-da-22a-parada-do-orgulho-lgbt-de-belo-horizonte/>. Acesso em: 10 dez. 2023.

ROCON, Pablo Cardozo *et al.* Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2517-2525, 2016. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zGJyVqQ6WGjygRzLqfd8vRD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

ROCON, Pablo Cardozo *et al.* O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 43-53, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/V3t4XwP5dNGDHkcfXSfJDcj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

ROMANO, Valéria Ferreira. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p. 211-219, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/crBYFm6crQJXXPzmtX4gZ5K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

SIMPSON, Keila. Transexualidade e travestilidade na saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 9-16.

TAYLOR, Matthew M. O Judiciário e as Políticas Públicas no Brasil. **Dados** - Revista de Ciências Sociais, vol. 50, núm. 2, 2007, p. 229-257. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/hcw8bdc7Ywfrp6cNjmCvPVh/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2023.

TONELI, Maria Juracy Filgueiras; AMARAL, Marília dos Santos. Sobre travestilidades e políticas públicas: como se produzem os sujeitos da vulnerabilidade. *In*: NARDI, Henrique Caetano; SILVEIRA, Raquel da Silva; MACHADO, Paula Sandrine (org.). **Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: Sulina, 2017. p. 32-48..



Gostaria de submeter seu trabalho a **Revista Direito.UnB**?
Gostaria de submeter seu trabalho a Revista Direito.UnB?
Visite <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb>
e saiba mais sobre as nossas Diretrizes para Autores.

A DESPATOLOGIZAÇÃO DAS IDENTIDADES DE GÊNERO TRANS: O DIREITO À IDENTIDADE DE GÊNERO

THE DEPATHOLOGIZATION OF TRANS GENDER IDENTITIES: THE RIGHT TO GENDER IDENTITY

Recebido: 11/12/2023

Aceito: 03/06/2024

Patricia Borba Marchetto

Doutora em Direito pela Universidad de Barcelona com título reconhecido pela Faculdade de Direito da USP. Estágio pós-doutoral em Genética Forense na Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara (FCF/UNESP). Professora na graduação e pós graduação da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP). Tem experiência como docente das disciplinas Bioética, Ética, Introdução ao Estudo do Direito, Direito Tributário, atuando principalmente nos temas que envolvem os avanços biotecnológicos e suas implicações jurídicas; e a judicialização da saúde. Membro de Comitês de Ética e Pesquisa da Unesp. Avaliadora do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - MEC/INEP. Coordenadora da Rede Estratégica de Enfrentamento ao Desaparecimento de Crianças (REDESPARC-UNESP) e Vice Coordenadora do curso de graduação em Administração Pública da UNESP.

E-mail: patricia.marchetto@unesp.br



Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7507-961X>

Marina Silveira

Doutoranda e mestre em Direito pela Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, bacharel em Direito pela Faculdade de Direito de Franca. Bolsista Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação - CAPES. Professora Universitária na Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - UNESP/ Franca e no Centro Universitário Unifafibe.

E-mail: marina.silveira@unesp.br



Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8469-238X>

RESUMO

O corpo trans incomoda e é considerado inadequado para uma sociedade cis-heteronormativa que estabelece uma coerência gênero-corpo-desejo, em que os corpos devem ser formados de determinada forma e respondem a um ideário social. Diante de tal incompatibilidade, o social, utilizando estratégias de poder, a partir de um esforço



Este é um artigo de acesso aberto licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações Internacional 4.0 que permite o compartilhamento em qualquer formato desde que o trabalho original seja adequadamente reconhecido.

This is an Open Access article licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License that allows sharing in any format as long as the original work is properly acknowledged.

universalizante, por meio de determinadas áreas de saber, criam maneiras de não aceitação, de tentar normalizar, de corrigir esse corpo, sendo uma dessas maneiras a patologização da experiência transexual, a enquadrando enquanto um 'transtorno de identidade sexual', como portadora de 'sintomas transexuais', tornando uma pessoa sadia em um potencial doente. Dessa maneira através do método de procedimento da pesquisa bibliográfica e de uma análise a partir do método de abordagem dedutivo, o objetivo do presente artigo é questionar como o gênero se tornou uma categoria diagnosticável e as consequências desse processo para as pessoas que vivenciam a experiência da transexualidade, verificando a importância da despatologização da experiência transexual para que indivíduos saudáveis não sejam mais vistos como doentes, trazendo como conclusão que despatologizar a transexualidade não significa desmedicalizar-la, mas sim assistir o sujeito em um regime de autonomia informada no qual o foco principal é o seu bem estar.

Palavras-Chaves: Transexualidade. Patologização. Despatologização. Gênero. Identidade de Gênero.

ABSTRACT

The trans body is uncomfortable and considered inappropriate for a cisheteronormative society that establishes a gender-body-desire coherence, in which bodies must be formed in a certain way and respond to a social ideology. Faced with such incompatibility, the social, using power strategies, based on a universalizing effort, through certain areas of knowledge, creates ways of non-acceptance, of trying to normalize, of correcting this body, one of these ways being the pathologization of transsexual experience, framing it as a 'sexual identity disorder', as a carrier of 'transsexual symptoms', turning a healthy person into a potentially sick person. Thus, through the procedure method of bibliographical research and an analysis based on the deductive approach method, the objective of this article is to question how gender became a diagnosable category and the consequences of this process for people who experience the transsexuality, verifying the importance of depathologizing the transsexual experience so that healthy individuals are no longer seen as sick, bringing as a conclusion that depathologizing transsexuality does not mean demedicalizing it, but rather assisting the subject in a regime of informed autonomy in which the focus The main thing is your well-being.

Keywords: Transsexuality. Pathologization. Depathologization. Gender. Gender Identity.

1. INTRODUÇÃO

Tendo em vista o contexto de imposição de uma visão¹ e ordem discursiva cisheteronormativa² compulsória, engendrada a partir da dicotomização dos gêneros e sexos, determinando a coerência e continuidade entre sexo-gênero-sexualidade para sustentar a normatização da vida dos indivíduos, aqueles que não se classificam na bipolaridade (homem/mulher), ficam à margem da própria sociedade, fato esse que gera como consequência (irrefutável) o estigma e a discriminação das diferenças. Frente a esse cenário é que se ressalta a importância da abordagem de gênero, tendo em vista que é um elemento constitutivo e estruturante das relações sociais³.

Nessa conjuntura, muitas situações relacionadas a sexualidade acabam sendo tratadas como naturais, mas na verdade, são resultado de uma construção social a partir da imposição de normas sobre o gênero e o corpo⁴, consubstanciadas no “enquadramento do corpo em um gênero, tendo como marcador da diferença a biologia dualista, que encobre a pluralidade e a diversidade humana”⁵.

Essas mesmas normas socialmente impostas acabam dando espaço para a produção de corpos que não se ajustam a elas, são os indivíduos que fogem dos padrões pré-determinados, chamados de “sujeitos abjetos”, que não possuem o status de pessoa e sujeito de direitos⁶, por possuírem manifestações divergentes dos padrões

1 O termo “visão” mais do que uma interpretação gramatical tem o intuito de revelar o conteúdo terminológico da obra “Ensaio sobre a cegueira” de José Saramago. A referida obra apresenta uma síndrome que ocasiona cegueira na população. A crítica realizada é no sentido de que muitas vezes as pessoas enxergam os fatos, acontecimentos e coisas que estão na sua frente, mas apenas as veem como se fossem cegos, ainda que com a visão perfeita. No mesmo sentido enquadra-se em relação a uma visão cisheteronormativa, que impõe que as pessoas vejam o que está na sua frente, mas que não enxerguem verdadeiramente a questão. SARAMAGO, José. **Ensaio sobre a cegueira**. São Paulo: Companhia das Letras. 1995.

2 O termo “cisheteronormatividade” é entendido como a capacidade da heterossexualidade apresentar-se como norma, a lei que regula e determina a impossibilidade de vida fora dos seus marcos. Assim, uma sociedade cisnormativa impele todas as pessoas a serem cisgêneras. Nesse sentido, aqueles que não correspondem às expectativas sociais, acabam sendo discriminados. BENTO, Berenice. **O que é a transexualidade**. São Paulo: Brasiliense. 2008, p. 51.

3 LOURO, Guacira Lopes. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. Belo Horizonte: Autêntica. 2. ed.; 3. reimp. 2016.

4 BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Trad. Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2001.

5 GRADE, Cláudia; GROSS, Carolina Baldissera; UBESSI, Liamara Denise. Patologização da transexualidade a partir de uma revisão integrativa. **Revista Psicologia, Saúde e Doença**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 435-451, maio de 2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862019000200013. Acesso em: 28 nov. 2023.

6 BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: Feminismo e subversão de identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

pré-estabelecidos sendo consideradas como equívocas, e negadas pelo mecanismo identitário claustrofóbico e simplista.

Nessa lógica ocorrem as performances subversivas de gênero, em que está incluída a experiência da transexualidade, que deve ser entendida em suas pluralidades. A transexualidade é considerada uma experiência identitária transgressora das normas de gênero⁷, vez que se apresenta na ambiguidade, desafiando as fronteiras impostas, desestabilizando algumas das certezas produzidas pelas redes de poder-saber-controle⁸, em especial, naquilo que se refere à diferença sexual e à prática heterossexual naturalizada⁹. De forma simplista pode ser caracterizada pela condição da pessoa que não se identifica psíquica e socialmente com o sexo que lhe fora atribuído na certidão de nascimento apresentando uma identidade de gênero diversa¹⁰. Essa condição determina ao indivíduo um excessivo desconforto e uma sensação de inadequação social, de não pertencer ao contexto no qual está inserido¹¹.

A transexualidade, o corpo trans, incomoda, sendo considerada inadequada para uma sociedade binarista que estabelece uma coerência gênero-corpo-desejo, em que os corpos devem ser formados de determinado modo, respondendo a um ideário social, de acordo com o sistema regulador cisheteronormativo e o modo hegemônico de organização das sociedades, reforçado pelo neoliberalismo, neocolonialismo e imperialismo para garantir a 'ordem'¹².

Diante de tal incompatibilidade, o social, utilizando estratégias de poder, criar maneiras de não aceitação, de tentar normalizar, de corrigir esse corpo, sendo uma dessas maneiras a patologização da experiência transexual, a enquadrando enquanto um 'transtorno de identidade sexual', como portadora de 'sintomas transexuais', tornando uma pessoa sadia em um potencial doente¹³.

7 BENTO, Berenice. **A (re)invenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, Clam, 2006.

8 FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: A vontade do saber. São Paulo: Graal, 2005.

9 SANTOS, Dayana Brunetto Carlin dos. A biopolítica educacional e o governo de corpos transexuais e travestis. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 45, n. 157, p. 630-651, Sept. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010015742015000300630&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 set. 2017.

10 VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. 2 ed. São Paulo. Editora Jurídica Brasileira, 2003.

11 VEIGA JR., Hélio. **O direito de pertencer a si mesmo**: a despatologização do transexualismo e sua regulamentação jurídica como um direito fundamental ao gênero. Rio de Janeiro. Editora Lumen Juris, 2016.

12 SANTOS, Boaventura de Souza. **Esquerdas do mundo, uni-vos!** São Paulo: Boitempo, 2018.

13 GRADE, Cláudia; GROSS, Carolina Baldissera; UBESSI, Liamara Denise. Patologização da transexualidade a partir de uma revisão integrativa. **Revista Psicologia, Saúde e Doença**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 435-451, maio de 2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862019000200013. Acesso em: 28 nov. 2023.

Dessa forma o presente artigo, através do método de procedimento da pesquisa bibliográfica e de uma análise a partir do método de abordagem dedutivo, pretende questionar como o gênero se tornou uma categoria diagnosticável e as consequências desse processo para as pessoas que vivenciam a experiência da transexualidade, que tem que diariamente desafiar as classificações patologizantes das sexualidades, vez que estão em desacordo com a estrutura simplista da cisheteronormatividade, que estabelece a partir de um esforço universalizante, por meio de determinadas áreas de saber, a consolidação de verdades sobre os corpos, os gêneros e os desejos.

2. O GÊNERO DIAGNOSTICÁVEL

Os primeiros artigos que abordaram o “fenômeno transexual” são datados da década de 1950. Um dos precursores dos estudos foi o endocrinologista Harry Benjamin, que em seu livro “O fenômeno transexual”, publicado em 1966, estabelece critérios, tidos por ele como científicos, para diagnosticar “o verdadeiro transexual”, adotando como definição a relação de abjeção, de longa duração, com suas genitálias. O autor defende a cirurgia de transgenitalização como a única opção terapêutica possível para as “enfermidades” daqueles que tem abjeção ao corpo¹⁴.

Os estudos sobre a temática da transexualidade se intensificaram nas décadas de 1960 e 1970, na busca por indicadores para diagnosticar e diferenciar gays, lésbicas, transexuais e travestis. No ano de 1969 foi realizado o primeiro congresso da Associação Harry Benjamin, nomeada Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA), e em 1973 a transexualidade passou a ser considerada como uma “disforia de gênero”¹⁵.

Nesse sentido o Standards of Care (SOC), que tem como principal propósito estabelecer um consenso profissional internacional a respeito da prática psiquiátrica, psicológica, médica e cirúrgica sobre as “Desordens da Identidade de Gênero” determinou a orientação desses profissionais a partir de “parâmetros dentro dos quais podem oferecer assistência às pessoas com este tipo de ‘problema’”¹⁶.

14 BENJAMIN, Harry. **The Transsexual Phenomenon**. New York: Julian Press, 1996.

15 BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 569-581, maio de 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>. Acesso em 15 nov. 2023.

16 WPATH. World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People - Version 8. **WPATH**. 2022. Disponível em: <https://www.wpath.org/publications/soc>. Acesso em: 18 nov. 2023.

No ano de 1980 foi concretizada a articulação do diagnóstico da transexualidade a partir da sua inclusão na terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da APA (Associação Americana de Psiquiatria), a enquadrando definitivamente como uma doença, sendo incluída a expressão “transexualismo” no rol dos “Transtornos de Identidade de Gênero”, reforçando a utilização do sufixo “ismo” que possui conotação pejorativa relacionada a doenças. Já em sua quarta versão, o DSM de 1994, determinou quais seriam os critérios para o diagnóstico dos ‘Transtornos de Identidade de Gênero’. O atual DSM-5, de 2013, ainda sob a ótica da patologização, classifica a transexualidade como uma “disforia de gênero”, estabelecendo seu diagnóstico como:

Indivíduos com disforia de gênero apresentam incongruências acentuadas entre o gênero que lhes foi designado (em geral ao nascimento, conhecido como gênero de nascimento) e o gênero experimentado/expresso. Essa discrepância é o componente central do diagnóstico. Deve haver também evidências de sofrimento causado por essa incongruência¹⁷.

Em 1992 a transexualidade é incluída no Código Internacional de Doenças (CID-10) da OMS (Organização Mundial da Saúde) como um “transtorno de identidade de gênero”. Assim, a transexualidade “como categoria médica, nasce já como patológico e, principalmente, atrelado a um diagnóstico médico que decompõe a experiência da sexualidade em alguns pontos-chave”¹⁸. Constrói-se assim “uma experiência totalizante da transexualidade. Isto é, há uma única forma de ser transexual: só será considerado transexual quem se adequar ao diagnóstico de transexualismo, enquanto o diagnóstico só se adequa a uma parcela da população transexual”¹⁹.

Percebe-se que os três documentos citados (SOC, CID-10 e DSM-5) estabelecem que as pessoas transexuais são portadoras de um conjunto de indicadores comuns que as posicionam enquanto transtornadas, sendo que “quando há qualquer nível de deslocamento, deve haver uma intervenção especializada, [...] para restabelecer a ordem e a “coerência” entre corpo, gênero e sexualidade. É esse mapa que fornecerá as bases

17 APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. DSM-5. tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento, et al. revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli, et al. 5. ed. Porto Alegre : Artmed, 2014.

18 DIAS, Maria Berenice. Um histórico da patologização da transexualidade e uma conclusão evidente: a diversidade é saudável. **Gênero & Direito**, [S. l.], v. 3, n. 2, 2014, p. 15. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/20049>. Acesso em: 19 nov. 2023.

19 Ibid.

fundamentais para a construção do diagnóstico de gênero”²⁰.

[...] a patologização não garantiu direitos de fato, mas impôs um modelo para se pensar a transexualidade como experiência catalogável, curável e passível de normalização. [É] [...] um processo que qualificou alguns saberes científicos como únicos capazes de dar respostas acertadas às vivências que desafiam as normas de gênero. Processo que, por outro lado, autoriza o tutelamento dos corpos e das subjetividades de pessoas que se reconhecem como transexuais²¹.

Contudo, apesar dos esforços do saber médico para diagnosticar e estabelecer critérios para definir o “verdadeiro transexual” não é possível justificar os “transtornos” por nenhuma disfunção biológica, nem evidência científica, eis que são as normas de gênero e seus efeitos discursivos que determinam tais regras a partir da lógica da hierarquia do saber e de suas formas de poder sobre o controle da vida²². “Não existem testes clinicamente apropriados e repetíveis ou testes simples e sem ambiguidade. O que assusta é perceber que tão pouco conhecimento, credenciado como científico, tenha gerado tanto poder”²³.

3. TRANSGREDINDO E TRANSFORMANDO: QUEM SÃO AS PESSOAS TRANSEXUAIS?

É possível afirmar que a experiência de pessoas trans desafia a cisnormatividade, que é a imposição de um gênero baseado no corpo, os limites tradicionais entre os sexos e as definições convencionais de masculinidade e feminilidade. Assim, a transexualidade surge como uma consequência inevitável de uma estrutura de gênero que busca estabelecer uma conexão entre corpo, identidade e sexualidade²⁴.

A transexualidade é vista como uma experiência identitária transgressora das

20 BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 569-581, maio 2012, p. 571. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>. Acesso em 15 nov. 2023.

21 Ibid., p. 574.

22 TENÓRIO, Leonardo Farias Pessoa; PRADO, Marco Aurélio Máximo. As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma. **Revista Periódicus** – Revista de estudos interdisciplinares em gêneros e sexualidades, Salvador, v. 1, n. 5, maio-out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/peri.v1i5.17175>. Acesso em: 16 nov. 2023.

23 BENTO; PELÚCIO, op. cit., p. 573.

24 BENTO, Berenice. **O que é a transexualidade**. São Paulo: Brasiliense. 2008.

normas de gênero²⁵, podendo ser identificada pela condição de indivíduos que se reconhecem psíquica e socialmente como pertencentes ao sexo oposto àquele designado em suas certidões de nascimento²⁶. Em outras palavras, há uma discrepância entre os atributos físicos do sexo biológico e a forma como se identificam em termos de gênero²⁷.

Essa experiência oferece a oportunidade de redefinir os conceitos de feminilidade e masculinidade, desafiando o dispositivo de que o sexo deve necessariamente estar alinhado com o gênero. Além disso, ultrapassa a concepção de que apenas o sexo biológico feminino é legitimado como mulher, e o sexo biológico masculino é legitimado como homem, destacando que a biologia não determina o destino²⁸.

A vivência da transexualidade é reconhecida como um fenômeno complexo, que requer compreensão em suas diversas manifestações. Caracteriza-se pelo sentimento de não pertencimento ao sexo anatômico, sem a presença de distúrbios delirantes ou fundamentos orgânicos²⁹. Essa dimensão identitária envolve um conflito potencial com as normas de gênero, à medida que as pessoas que a vivenciam buscam o reconhecimento social e legal de um gênero diferente daquele designado pelo sexo, independentemente de terem realizado cirurgias ou hormonioterapia.

Contudo, vários são aqueles que caracterizam a transexualidade a partir de uma visão patologizante:

Transexualidade é a condição sexual da pessoa que rejeita sua identidade genética e a própria anatomia de seu gênero, identificando-se psicologicamente com o gênero oposto. Trata-se de um drama jurídico-existencial, por haver uma cisão entre a identidade sexual física e psíquica. É a inversão da identidade psicossocial, que leva a uma neurose reacional obsessivo-compulsiva, manifestada pelo desejo de reversão sexual integral. Constitui, por fim, uma síndrome caracterizada pelo fato de uma pessoa que pertence, genotípica e fenotipicamente, a um determinado sexo ter consciência de pertencer ao oposto³⁰.

25 BENTO, Berenice. **A (re)invenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, Clam, 2006.

26 VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. 2 ed. São Paulo. Editora Jurídica Brasileira, 2003.

27 FACHIN, Luiz Edson. O corpo do registro no registro do corpo; mudança de nome e sexo sem cirurgia de redesignação. **Revista Brasileira de Direito Civil**, v. 1, n. 1. Jul/set 2014. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/130>. Acesso em: 06 out. 2023.

28 BENTO, op. cit.

29 CASTEL, P. **La métamorphose impensable**. Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle. Paris: Galimard. 2003.

30 DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2011. p. 316.

Ao categorizar a transexualidade como uma doença, ocorre a transformação de um indivíduo plenamente saudável, em que a única disparidade reside no fato de seu sexo morfológico não se alinhar ao seu gênero, como alguém doente a partir de uma representação pejorativa³¹. Em essência, ao patologizar a transexualidade, é imposta uma perspectiva que a considera uma experiência catalogável, passível de tratamento e normalização³².

Por que diagnosticar o gênero? Quem autoriza psicólogos, psiquiatras, endocrinologistas e outras especialidades que fazem parte das equipes multidisciplinares a avaliarem as pessoas transexuais e travestis como “doentes”? Se não existe nenhum exame clínico que conduza a produção do diagnóstico, como determinar a ocorrência do “transtorno”? Quais e como estabelecer os limites discerníveis entre “os transtornados de gênero” e “os normais de gênero”? O único mapa seguro que guia o olhar do médico e dos membros da equipe são as verdades estabelecidas socialmente para os gêneros, portanto estamos no nível do discurso. [...] Estamos diante de um poderoso discurso que tem como finalidade manter os gêneros e as práticas eróticas prisioneiras à diferença sexual³³.

Em relação à despatologização da transexualidade, é importante destacar um marco significativo que ocorreu em 18 de junho de 2018. Nessa data, a Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu um avanço significativo com a nova edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), conhecida como CID-11, em que a transexualidade, que anteriormente era designada como “transtorno de identidade de gênero”, foi retirada do capítulo “transtornos de personalidade e comportamento”, deixando de ser listada como um transtorno mental.

Na CID-11, que substituiu a CID-10 em vigor desde maio de 1990, a transexualidade foi reclassificada e passou a integrar um novo capítulo denominado “condições relacionadas à saúde sexual”. Agora, é reconhecida como “incongruência de gênero”, uma condição relacionada à saúde sexual, marcando um passo importante em direção à desvinculação da transexualidade de categorias patologizantes e uma

31 VEIGA JR., Hélio. **O direito de pertencer a si mesmo**: a despatologização do transexualismo e sua regulamentação jurídica como um direito fundamental ao gênero. Rio de Janeiro. Editora Lumen Juris, 2016.

32 BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 569-581, maio de 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>. Acesso em 15 nov. 2023.

33 Ibid.

compreensão mais inclusiva e respeitosa dessa experiência.

O raciocínio é que as evidências agora são claras de que [a incongruência de gênero] não é um transtorno mental, e classificá-la desta maneira pode causar enorme estigma para as pessoas transgênero. Ainda há necessidades significativas de cuidados de saúde [com as populações trans] que podem ser melhor atendidas se a condição for codificada sob o CDI (tradução livre)³⁴.

Dessa maneira, a transexualidade não foi completamente removida da CID, mas sim reclassificada, indicando uma mudança no entendimento e na abordagem dessa experiência. Esse deslocamento na classificação é justificado pela importância de manter a inclusão da transexualidade na CID para garantir o reconhecimento médico e o acesso a cuidados de saúde para a população trans, caso desejem buscar assistência médica³⁵.

Vale ressaltar que a CID-11 foi apresentada para adoção pelos Estados Membros em maio de 2019, durante a Assembleia Mundial da Saúde, e entrou em vigor em 1º de janeiro de 2022. Essa antecipação permitiu que os países se preparassem para seu uso, realizassem traduções e treinassem profissionais de saúde.

No que diz respeito à cirurgia de redesignação sexual, é crucial reconhecer que a identidade transexual não está intrinsecamente ligada à sexualidade, o que influencia na variedade de escolhas em relação a esse procedimento. A diversidade de experiências na comunidade trans destaca que nem todos desejam ou buscam essa intervenção cirúrgica, evidenciando a complexidade e individualidade dessa vivência³⁶.

Diante de todas essas considerações, a transexualidade pode ser caracterizada como um fenômeno social, uma vez que a sexualidade humana não está exclusivamente ligada ao biológico. É moldada pelo ambiente, resultando na produção de diversas expressões de sexualidade, influenciadas por fatores biológicos, psíquicos e

34 OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças. **OMS**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases>. Acesso em: 15 nov. 2023.

35 OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças. **OMS**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases>. Acesso em: 15 nov. 2023.

36 SOUSA, Tuanny Soeiro; CRUZ, Mônica da Silva. Transfobia mata! Homicídio e violência na experiência trans. In: CONPEDI / UFSC; coordenadores: Daniela Menengoti Ribeiro, Gilmar Antonio Bedin, Mauro José Gaglietti. (Org.). **Direito internacional dos direitos humanos II**. 1ed. Florianópolis: CONPEDI, 2014, v. p. 438-458.

comportamentais³⁷. Até porque “definir a pessoa transexual como doente é aprisioná-la, fixá-la em uma posição existencial que encontra no próprio indivíduo a fonte explicativa para seus conflitos”³⁸.

[...] quando se diz “transexual”, não se está descrevendo uma situação, mas produzindo um efeito sobre os conflitos do sujeito que não encontra no mundo nenhuma categoria classificatória e, a partir daí, buscará ‘comportar-se como ‘transexual’. O saber médico, ao dizer ‘transexual’ está citando uma concepção muito específica do que seja um/a transexual. Esse saber médico apaga a legitimidade da pluralidade, uma vez que põe em funcionamento um conjunto de regras consubstanciado nos protocolos, que visa encontrar o/a ‘verdadeiro/a transexual’. O ato de nomear o sujeito transexual implica pressuposições e suposições sobre os atos apropriados e não-apropriados que os/as transexuais devem atualizar em suas práticas³⁹.

Nesse ínterim pode-se afirmar que o sexo é biológico e o gênero é social⁴⁰. O gênero transcende as características biológicas, a verdadeira essência de ser homem ou mulher não se baseia em fatores científicos como cromossomos ou anatomia genital, mas sim na auto-percepção e na forma como a pessoa se expressa socialmente.

A transexualidade é uma questão de identidade. Não é uma doença mental, não é uma perversão sexual, nem uma doença debilitante ou contagiosa. Não tem nada a ver com orientação sexual, como geralmente se pensa, não é uma escolha nem é um capricho. Ela é identificada ao longo de toda a História e no mundo inteiro. A novidade é que os avanços médicos permitiram que mulheres e homens transexuais pudessem adquirir uma fisiologia quase idêntica à de mulheres e homens genéticos/biológicos⁴¹.

Compreende-se, portanto, que a vivência transexual encontra fundamentos na análise do gênero, não da sexualidade. Isso se manifesta quando um indivíduo,

37 VEIGA JR., Hélio. **O direito de pertencer a si mesmo:** a despatologização do transexualismo e sua regulamentação jurídica como um direito fundamental ao gênero. Rio de Janeiro. Editora Lumen Juris, 2016.

38 BENTO, Berenice. **O que é a transexualidade.** São Paulo: Brasiliense. 2008. p.18-19.

39 Id. **A (re)invenção do corpo:** sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, Clam, 2006. p. 47.

40 JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre a população transgênero:** conceitos e termos. Brasília: UFG, 2012.

41 Ibid.

biologicamente íntegro, reconhece que sua identidade de gênero⁴² difere do sexo que sua anatomia indica. Em outras palavras, a experiência transexual sugere uma incompatibilidade entre o sexo morfológico e o sexo psicológico de um indivíduo. Para as pessoas transexuais, seus órgãos genitais não representam um centro erógeno significativo, destacando a dissonância entre sua identidade de gênero interna e a atribuição do sexo biológico externo⁴³.

Certamente, a transexualidade ultrapassa as barreiras culturais que historicamente estabeleceram um binarismo discriminatório em relação às formas de existência sexual e de gênero, desafiando assim a concepção limitada de que apenas dois paradigmas de gênero são aceitáveis e que há apenas um modelo válido em relação à sexualidade. A experiência transexual destaca a diversidade e a fluidez que existem para além dessas categorias tradicionais, questionando e rompendo com as normas estabelecidas.

A transexualidade e outras experiências de trânsito entre os gêneros demonstram que não somos predestinados a cumprir os desejos de nossas estruturas corpóreas. O sistema não consegue a unidade desejada. Há corpos que escapam ao processo de produção dos gêneros inteligíveis, e ao fazê-lo se põem em risco porque desobedeceram às normas de gênero; ao mesmo tempo, revelam as possibilidades de transformação dessas mesmas normas. Esse processo de fuga do cárcere dos corpos-sexuados é marcado por dores, conflitos e medos. As dúvidas “por que eu não gosto dessas roupas? Por que odeio tudo o que é de menina? Por que tenho esse corpo?”, levam os sujeitos que vivem em conflito com as normas de gênero a localizar em si a explicação para suas dores, a sentir-se uma aberração, uma coisa impossível de existir. Quais os mecanismos sociais que produzem nas subjetividades essa sensação de anormalidade? Como as instituições operam para serem eficazes no seu intento de naturalizar os gêneros? Como o centro produz e se alimenta perversamente das margens?⁴⁴.

De fato, torna-se evidente que as pessoas não estão predestinadas a seguir estritamente as normas biológicas das estruturas corporais. É inconcebível imaginar que alguém se torne prisioneiro de seu próprio corpo devido às normas de gênero ou à falta de compreensão social sobre a fluidez de gênero. Dessa forma, a experiência

42 A identidade de gênero pode ser entendida como a busca da real identificação da pessoa, com o intuito de ser reconhecida como realmente é, ou seja, o direito de pertencer a si mesma. VEIGA JR., Hélio. **O direito de pertencer a si mesmo: a despatologização do transexualismo e sua regulamentação jurídica** como um direito fundamental ao gênero. Rio de Janeiro. Editora Lumen Juris, 2016.

43 SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de biodireito**. 2. Ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2011.

44 BENTO, Berenice. **O que é a transexualidade**. São Paulo: Brasiliense. 2008.

transexual é uma das diversas expressões identitárias que surgiram como uma resposta inevitável a um sistema que organiza a vida social com base na categorização de sujeitos como “normais” ou “anormais”, e que procura localizar a verdade das identidades nas estruturas corporais⁴⁵.

4. A DESPATOLOGIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE E O ACESSO À SAÚDE INTEGRAL

As experiências ligadas às transidentidades não se encaixam nos moldes de patologia e muito menos em alguma psicopatologia. Isso se deve principalmente à dificuldade e impossibilidade de estabelecer critérios diagnósticos que sejam coerentes com a diversidade das vivências das pessoas que se identificam como trans. Essa observação destaca que a lógica de patologização tem, ao longo da história, revelado um esforço para manter hierarquias de conhecimento e poder científico, servindo como instrumento de regulação de normas sociais, coerção e submissão às normas de gênero, do que propriamente criar mecanismos e critérios para a atenção e o cuidado integral à saúde⁴⁶.

O histórico processo de patologização e psiquiatrização das transidentidades acarreta prejuízos significativos para as pessoas trans, negando-lhes dignidade, autodeterminação e a possibilidade de autonomia sobre seus próprios corpos. Isso ocorre ao interpretar a expressão de suas vidas como um conjunto de comportamentos psicopatológicos, reduzindo-as a estereótipos e descrições prescritivas homogeneizantes.

De maneira deliberada, esse processo exclui uma grande parte da população trans do acesso à saúde, reprime as expressões de gênero daqueles que conseguem acesso aos serviços, estabelecendo um enquadramento coercitivo e normativo de gênero. Além disso, impede o adequado funcionamento dos processos psicoterapêuticos quando necessários e burocratiza o acesso às condições de cuidado, levando à clandestinidade e sujeitando as pessoas trans a uma série de riscos graves à saúde⁴⁷.

45 SILVEIRA, Marina. **Transgredindo e transformando**: a regulamentação da identidade de gênero no Brasil. 2019. 148f. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Unesp/Franca, Franca, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/191447>. Acesso em: 14 nov. 2023.

46 BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 569-581, maio 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>. Acesso em 15 nov. 2023.

47 TENÓRIO, Leonardo Farias Pessoa; PRADO, Marco Aurélio Máximo. As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma. **Revista Periódicus** – Revista de estudos interdisciplinares em gêneros e sexualidades, Salvador, v. 1, n. 5, maio-out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/peri.v1i5.17175>. Acesso em: 16 nov. 2023.

Indiscutivelmente, o cerne do problema não está na maneira como as pessoas trans expressam suas vidas, mas sim em como, por meio das ciências e das profissões da saúde, e dos modelos normativos presentes na cultura e na sociedade, expressam a própria experiência trans como ilegítima. Portanto, é inteiramente inconsistente considerar um diagnóstico de psicopatologia como uma questão pessoal; na realidade, trata-se de uma construção cultural de determinadas sociedades⁴⁸.

Nesse contexto importante destacar que de acordo com a Organização Mundial da Saúde, a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental⁴⁹. Ademais a Carta de Ottawa, elaborada na Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde de 1986 estabelece que:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global⁵⁰.

Assim, não é preciso que a população trans esteja doente ou enferma para que tenha acesso à assistência sanitária, sendo apenas necessário não estar em pleno bem-estar biopsicossocial⁵¹. Ou seja, mesmo diante da despatologização da transexualidade

48 Ibid.

49 OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constitution of the World Health Organization. **OMS**. 1946. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso em: 12 nov. 2023.

50 Id. The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. **OMS**. 1986. Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>. Acesso em: 12 nov. 2023.

51 MISSÉ, Miguel. Argumentos para la decatalogización del trastorno de identidad de género. Situación médico-legal y movimiento trans en el Estado Español. 2008. **Boletín T-Infirma del Secretariado Trans**

não há perda do acesso à saúde, até porque a saúde é um direito social garantido na Constituição Federal de 1988 para todos os cidadãos, eis que é afirmado em seu artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A consagração da saúde como direito de toda a população e dever do Estado fundamenta-se no princípio da justiça compreendido como igualdade de oportunidade de acesso aos serviços sanitários. O direito à saúde é consagrado como direito de cidadania, devendo atender a integralidade da população, dando atenção à totalidade do indivíduo, com ações que vão da promoção da saúde à prevenção e atenção aos agravos e reabilitação. Ainda a universalidade de acesso às ações e aos serviços de saúde, garantidos a todos independentemente de sexo, gênero, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais e pessoais e a igualdade que consiste na distribuição das ações e serviços da saúde de maneira justa. Por isso, o Estado deve garantir à população trans o acesso à saúde específica⁵².

Ademais, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída pelo Ministério da

Saúde a partir da Portaria GM/MS nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, apresenta como objetivo geral “Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo”⁵³.

Sendo assim, despatologizar a transexualidade implica em ir além da simples remoção de códigos descritivos que impõem prescrições, mas em abrir espaço para ouvir as experiências trans com base em suas evidências concretas. Somente assim a ciência pode cumprir sua função de romper com o monopólio epistemológico do conhecimento, que persiste em negar o valor do conhecimento gerado pela diversidade das experiências em si⁵⁴.

de la ILGA, v. 10, 2008. Disponível em: http://trans.esp.ilga.org/trans/bienvenidos_a_la_secretaria_trans_de_ilga/biblioteca/articulos/argumentos_para_la_descatalogacion_del_trastorno_de_identidad_de_genero_situacion_medico_legal_y_movimiento_trans_en_el_estado_espanol_1. Acesso em: 10 nov. 2023.

52 BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 26. ago. 2017.

53 Id. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 17 nov. 2023.

54 TENÓRIO, Leonardo Farias Pessoa; PRADO, Marco Aurélio Máximo. As contradições da

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dispositivos de poder que determinam a patologização das identidades abjetas, dentre elas a experiência da transexualidade, e o diagnóstico do gênero, se expressam como uma das maneiras de disciplinar e controlar a vida, enquadrando-a em parâmetros específicos de existência, como os estabelecidos pela heteronormatividade. Esse processo não está dissociado de um conjunto de condições sócio-políticas-históricas-ideológicas-econômicas e culturais, que também desempenham um papel na (re)produção desses discursos normativos⁵⁵.

Nesse sentido, a transexualidade desafia os padrões heteronormativos socialmente estabelecidos, ao criar novas perspectivas sobre as relações de gênero. Resistir à patologização da transexualidade é, portanto, uma forma de gerar existência, um ato de (re)existência. Em outras palavras, é uma maneira de atribuir novos significados à vida e às relações, ultrapassando limites instituídos e reivindicando o direito à identidade.

Abordar a transexualidade como uma doença em vez de uma identidade de gênero resulta na patologização da diversidade, comprometendo o desenvolvimento de uma sociedade democrática que se compromete com a igualdade jurídica por meio do respeito às diferenças sociais⁵⁶.

Até porque “concordar que o gênero continue sendo diagnosticado, em vez de questionado, é permitir que os seres construídos como abjetos devam continuar habitando as margens do Estado”⁵⁷, é permitir que o poder do discurso mantenha os gêneros prisioneiros à diferença sexual do binarismo compulsório. “Despatologizar a transexualidade não significa desmedicalizar-la, mas sim assistir o sujeito em um regime

patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma. **Revista Periódicus** – Revista de estudos interdisciplinares em gêneros e sexualidades, Salvador, v. 1, n. 5, maio-out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/peri.v1i5.17175>. Acesso em: 16 nov. 2023.

55 GRADE, Cláudia; GROSS, Carolina Baldissera; UBESSI, Liamara Denise. Patologização da transexualidade a partir de uma revisão integrativa. **Revista Psicologia, Saúde e Doença**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 435-451, maio de 2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862019000200013. Acesso em: 28 nov. 2023.

56 DIAS, Maria Berenice. Um histórico da patologização da transexualidade e uma conclusão evidente: a diversidade é saudável. **Gênero & Direito**, [S. l.], v. 3, n. 2, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/20049>. Acesso em: 19 nov. 2023.

57 BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 569-581, maio de 2012. p. 577. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>. Acesso em 15 nov. 2023.

de autonomia informada no qual o foco principal é o seu bem estar”⁵⁸.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Daniela Murta. Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. 2011. 107 f. Tese (Doutorado em Medicina Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/4576/1/Tese%20-%20Daniela%20Murta%20Amaral.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2023.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM-5.** tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento, et al. revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli, et al. 5. ed. Porto Alegre : Artmed, 2014.

BENJAMIN, Harry. **The Transsexual Phenomenon.** New York: Julian Press, 1996.

BENTO, Berenice. **A (re)invenção do corpo:** sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, Clam, 2006.

BENTO, Berenice. **O que é a transexualidade.** São Paulo: Brasiliense. 2008.

BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 569-581, maio 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>. Acesso em 15 nov. 2023.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico.** Trad. Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 26. ago. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para

58 AMARAL, Daniela Murta. **Os desafios da despatologização da transexualidade:** reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. 2011. 107 f. Tese (Doutorado em Medicina Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/4576/1/Tese%20-%20Daniela%20Murta%20Amaral.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2023.

a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 26. ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 17 nov. 2023.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: Feminismo e subversão de identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CASTEL, P. **La métamorphose impensable**. Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle. Paris: Galimard. 2003.

DIAS, Maria Berenice. Um histórico da patologização da transexualidade e uma conclusão evidente: a diversidade é saudável. **Gênero & Direito**, [S. l.], v. 3, n. 2, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/20049>. Acesso em: 19 nov. 2023.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2011.

FACHIN, Luiz Edson. O corpo do registro no registro do corpo; mudança de nome e sexo sem cirurgia de redesignação. **Revista Brasileira de Direito Civil**, v. 1, n. 1. Jul/set 2014. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/130>. Acesso em: 06 out. 2023.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade do saber**. São Paulo: Graal, 2005.

GRADE, Cláudia; GROSS, Carolina Baldissera; UBESSI, Liamara Denise. Patologização da transexualidade a partir de uma revisão integrativa. **Revista Psicologia, Saúde e Doença**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 435-451, maio de 2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862019000200013. Acesso em: 28 nov. 2023.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos**. Brasília: UFG, 2012.

LOURO, Guacira Lopes. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. Belo Horizonte: Autêntica. 2. ed.; 3. reimp. 2016.

MISSÉ, Miguel. Argumentos para la decatalogización del trastorno de identidad de género. Situación médico-legal y movimiento trans en el Estado Español. 2008. **Boletín**

T-Infirma del Secretariado Trans de la ILGA, v. 10, 2008. Disponível em: http://trans.esp.ilga.org/trans/bienvenidos_a_la_secretaria_trans_de_ilga/biblioteca/articulos/argumentos_para_la_descatalogacion_del_trastorno_de_identidad_de_genero_situacion_medico_legal_y_movimiento_trans_en_el_estado_espanol__1. Acesso em: 10 nov. 2023.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças. **OMS**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases>. Acesso em: 15 nov. 2023.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constitution of the World Health Organization. **OMS**. 1946. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso em: 12 nov. 2023.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. **OMS**. 1986. Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>. Acesso em: 12 nov. 2023.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de biodireito**. 2. Ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2011.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Esquerdas do mundo, uni-vos!** São Paulo: Boitempo, 2018.

SANTOS, Dayana Brunetto Carlin dos. A biopolítica educacional e o governo de corpos transexuais e travestis. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 45, n. 157, p. 630-651, Sept. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010015742015000300630&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 set. 2017.

SARAMAGO, José. **Ensaio sobre a cegueira**. São Paulo: Companhia das Letras. 1995.

SILVEIRA, Marina. **Transgredindo e transformando: a regulamentação da identidade de gênero no Brasil**. 2019. 148f. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Unesp/Franca, Franca, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/191447>. Acesso em: 14 nov. 2023.

SOUSA, Tuanny Soeiro; CRUZ, Mônica da Silva. Transfobia mata! Homicídio e violência na experiência trans. In: CONPEDI / UFSC; coordenadores: Daniela Menengoti Ribeiro, Gilmar Antonio Bedin, Mauro José Gaglietti. (Org.). **Direito internacional dos direitos humanos II**. 1ed. Florianópolis: CONPEDI, 2014, v. p. 438-458.

TENÓRIO, Leonardo Farias Pessoa; PRADO, Marco Aurélio Máximo. As contradições

da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma. **Revista Periódicus** – Revista de estudos interdisciplinares em gêneros e sexualidades, Salvador, v. 1, n. 5, maio-out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/peri.v1i5.17175>. Acesso em: 16 nov. 2023.

VEIGA JR., Hélio. **O direito de pertencer a si mesmo**: a despatologização do transexualismo e sua regulamentação jurídica como um direito fundamental ao gênero. Rio de Janeiro. Editora Lumen Juris, 2016.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. 2 ed. São Paulo. Editora Jurídica Brasileira, 2003.

WPATH. World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People - Version 8. **WPATH**. 2022. Disponível em: <https://www.wpath.org/publications/soc>. Acesso em: 18 nov. 2023.



Gostaria de submeter seu trabalho a **Revista Direito.UnB**?

Gostaria de submeter seu trabalho a Revista Direito.UnB?

Visite <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb>

e saiba mais sobre as nossas Diretrizes para Autores.



latindex

Sistema Regional de Información
en línea para Revistas Científicas de América Latina,
el Caribe, España y Portugal

(DES)PATOLOGIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE NO BRASIL: ENTRE AUTODETERMINAÇÃO IDENTITÁRIA E DIREITO À SAÚDE

(DE)PATHOLOGIZATION OF TRANSSEXUALITY IN BRAZIL: BETWEEN IDENTITY SELF-DETERMINATION AND THE RIGHT TO HEALTH

Recebido: 10/12/2023

Aceito: 20/06/2024

Maria Claudia Crespo Brauner

Doutora em Direito pela Université de Rennes I - França (1993); Pós-Doutorado na Universidade de Montreal 1 - Canadá (2004). Professora Associada da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande - FURG - RS. É membro do Réseau Universitaire International de Bioéthique (RUIB) criado na França; pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

E-mail: mccbrauner@hotmail.com

 Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1264-9811>

Mateus Miguel Oliveira

Doutorando em ciências jurídicas e sociais pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Direito, da Universidade Federal Fluminense (UFF), na linha de pesquisa "Conflitos Socioambientais, Rurais e Urbanos". Mestre em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito e Justiça Social, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), na Linha de Pesquisa "Direitos Humanos, Diversidade e Sociedade Digital" (2023).

E-mail: mateus.miguel624@gmail.com

 Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6176-2402>

RESUMO

O artigo problematiza a patologização da transgeneridade, entendida enquanto processos socioculturais,



Este é um artigo de acesso aberto licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações Internacional 4.0 que permite o compartilhamento em qualquer formato desde que o trabalho original seja adequadamente reconhecido.

This is an Open Access article licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License that allows sharing in any format as long as the original work is properly acknowledged.

justificados por subsídios morais dos discursos jurídicos, médicos e religiosos, que corroboraram não só para o controle e marginalização das corporalidades trans, mas, também, a sua inclusão nos “transtornos da identidade sexual”, conforme a subcategoria F64.0, listada na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS). Porém, as constantes reivindicações dos movimentos sociais pelos direitos à dignidade, identidade, privacidade, liberdade, integridade física e moral, e que reconhecem os direitos da personalidade para essa população, resultou na despatologização da transexualidade na 11ª revisão da CID, em 2019, sendo agora classificada como “incongruência de gênero” (CID 11 – HA6Z). Essa alteração possui diversas repercussões, dentre as quais destacamos as novas interpretações sobre o processo transexualizador, ou seja, ações ambulatoriais e hospitalares para acolher pessoas que desejam realizar os procedimentos de afirmação de gênero. No Brasil, o custeio público para essas ações são justificadas pela perspectiva do direito à identidade ou à saúde? Eis o problema de pesquisa, que será conduzido pelo método hipotético-dedutivo e revisão bibliográfica, objetivando investigar, entre outras coisas, os pressupostos normativos e deontológicos para assegurar as políticas públicas necessárias ao bem-estar físico, psíquico e moral da população transexual.

Palavras-chave: Transexualidade; despatologização; CID 11 – HA6Z; processo transexualizador; políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

The article problematizes the pathologization of transgenerity, understood as sociocultural processes, justified by moral subsidies from legal, medical and religious discourses, which corroborate not only the control and marginalization of trans corporalities, but also their inclusion in “identity disorders sexual”, according to subcategory F64.0, listed in the 10th International Classification of Diseases (ICD), of the World Health Organization (WHO). However, the constant demands of social movements for the rights to dignity, identity, privacy, freedom, physical and moral integrity, and which recognize personality rights for this population, resulted in the depathologization of transsexuality in the 11th revision of the ICD, in 2019, being now classified as “gender incongruence” (ICD 11 – HA6Z). This change has several repercussions, among which we highlight the new interpretations of the transsexualization process, that is, outpatient and hospital actions to welcome people who wish to undergo gender affirmation procedures. In Brazil, is public funding for these actions justified from the perspective of the right to identity or health? This is the research problem, which will be conducted using the hypothetical-deductive method and bibliographical review, aiming to investigate, among other things, the normative and deontological assumptions to ensure the public policies necessary for the physical, psychological and moral well-being of the transsexual population.

Keywords: Transsexuality; depathologization; ICD 11 – HA6Z; transsexualizing process; public health policies.

1. Introdução

Este estudo reconhece que uma sociedade ainda binária e patriarcal e que utiliza o gênero como principal marcador social, além de raça e classe, estigmatiza as pessoas transgêneros. Pessoas cujo sexo estabelecido ao nascimento e que revelam incompatibilidade física, cognitiva e social com as suas percepções de identidade de gênero, tendem a sofrer graves violações de direitos humanos e garantias fundamentais, no que concerne à sua autonomia, direito à identidade, privacidade, integridade física e

moral.

Os movimentos sociais de reivindicação pelos direitos da população LGBTQIAPN+ apresentaram diversas demandas durante seu período histórico, como o direito ao nome social, direito a constituir família, a adotar filhos, entre outros. No que concerne aos direitos da personalidade, mais especificamente para as pessoas transexuais, a não classificação da diversidade sexual e identidade de gênero enquanto patologia.

Até a 10ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID), de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificava o “transexualismo” (CID 10 – F64.0) na subcategoria dos “distúrbios de identidade de gênero”, conferindo a ideia de patologização da transexualidade. Situação que só foi alterada em 2019, com a revisão e aprovação da CID 11, na qual a transexualidade deixou de figurar na categoria dos “transtornos mentais e comportamentais” e passou a constar nas “condições relacionadas à saúde sexual”, integrando, portanto, o direito à saúde dessa população. Agora classificada como “incongruência de gênero” (CID 11 – HA6Z).

Nesse contexto, o problema de pesquisa se constitui na seguinte pergunta: considerando a despatologização da transexualidade, os fundamentos jurídicos para custeio público do processo transexualizador, isto é, ações ambulatoriais e hospitalares para acolher pessoas que desejam realizar os procedimentos de afirmação de gênero, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), constituem-se pela perspectiva do direito à identidade ou direito à saúde?

Por conseguinte, a presente pesquisa tem o escopo de tratar acerca das políticas públicas de saúde para pessoas transexuais, notadamente no que tange aos recursos disponibilizados pelo SUS para subsidiar o processo transexualizador, conforme estabelece a Portaria nº 2.803/2013, do Ministério da Saúde, e a Resolução nº 2.265/2019, do Conselho Federal de Medicina.

Assim, adotou-se o método hipotético-dedutivo, em razão da formulação do problema, a partir do qual foram geradas conjecturas e hipóteses, que, por sua vez, deduzem consequências que deverão ser testadas, falseadas e/ou corroboradas¹. Procedemos, também, com revisão bibliográfica e documental, para análise do desenvolvimento normativo, deontológico e literário acerca da autodeterminação identitária transexual no Brasil, por intermédio da retificação do prenome (nome social), cirurgias e procedimentos de afirmação de gênero e demais direitos originados no âmago do exercício da autonomia e dos direitos da personalidade.

Com efeito, observa-se que para a concretização dos ideais isonômicos, democráticos e antidiscriminatórios no Estado brasileiro, além das políticas públicas, faz-se necessário considerar gênero e sexualidades enquanto marcadores sociais, posto que

1 GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antônio Carlos Gil. – 6. ed. – São Paulo: Atlas, 2008, p. 12-13.

entre poder, saber e sexualidade há a construção dos parâmetros definidores da biopolítica, premissas que são fundamentais para compreensão do controle, vulnerabilização e patologização dos corpos que não se encaixam nas normas consideradas padrão, mas, paradoxalmente, fortalecem a autodeterminação identitária e resistência dos novos sujeitos históricos.

2. Gênero, sexualidades e identidades: processos histórico-político-culturais no Brasil

Identidades são subjetivas e, portanto, plurais e diversas. Porém, o reconhecimento desta afirmativa pode ser considerado recente no processo histórico-cultural brasileiro, quando se refere as questões atinentes às variações das sexualidades e identidade de gênero, sendo possível mapear o reconhecimento dos princípios, direitos e garantias fundamentais que preceituam a dignidade e igualdade humana, bem como a coibição à discriminação, predominantemente, a partir da Constituição Federal brasileira de 1988, ou seja, um processo em construção há pelo menos 35 anos.

As variações sexuais e de identidade de gênero envolvem a complexidade da intersecção entre biologia, medicina, política e cultura das sociedades, na medida em que há diferentes interesses e repercussões relacionadas. De qualquer sorte, faz-se primordial entender essas categorias para, posteriormente, correlacionar a sua imbricação aos estudos sociojurídicos.

A sexualidade humana é um dos mais importantes identificadores sociais, de forma que a sua inserção se dá pelo sexo, isto é, pelo conjunto de características genéticas, biológicas e anatômicas contidas no aparelho reprodutor da pessoa que, tecnicamente, preceitua as características físicas e morfológicas constatadas no momento do nascimento, sendo inserido na condição binária do homem/macho ou mulher/fêmea².

O sexo biológico, porém, não se confunde com gênero, tampouco com orientação sexual, pois o gênero pode ser resumidamente definido enquanto o papel social desempenhado pelo indivíduo, reconhecendo a dimensão cultural na construção social da identidade masculina e feminina³. Já a orientação sexual diz respeito a forma pela qual cada pessoa desenvolve a sua atração afetiva e sexual, sendo genericamente classificada como heterossexual, homossexual, bissexual, assexual e pansexual⁴.

2 BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**: fatos e mitos; tradução Sérgio Milliet. - 3. ed. – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016, pp. 46-48.

3 MALUF, Adriana Caldas Rego Freitas Dabus. **Curso de bioética e biodireito**. 4 ed. São Paulo: Almedina, 2020, p. 286.

4 CRUZ, Núbia dos Santos; MELO, Rafael dos Santos. Bioética e gênero: as faces dos direitos

É importante justificar que a abordagem aqui realizada é de ordem jurídica-social, amparada em concepções dos discursos médicos, políticos e culturais em torno do sexo e seus efeitos sociais. Isso porque na sociedade brasileira de meados do século XX imperavam os ideais hierárquicos da família patriarcal, isto é, um padrão de família heterossexual, monogâmica, matrimonializada, unidade de produção e reprodução, de caráter institucional⁵.

Esse ideal era, inclusive, legalmente legitimado pelo revogado Código Civil de 1916 (instituído pela Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916) que, concernente à família (no singular), destinava todo o poder de controle e administração (desde questões materiais às sentimentais) ao homem-chefe do lar e, em contrapartida, vulnerabilizava os demais membros – notadamente mulheres e crianças –, concebendo a ideia do *pátrio poder*⁶.

A família, portanto, pode ser conceituada enquanto a entidade que acompanha os processos histórico-culturais de cada época e sociedade (em uma delimitação temporal e espacial), considerando-a “ancestral como a história, interligada com os rumos e desvios da história, mutável na exata medida em que mudam as estruturas e a arquitetura da própria história através dos tempos”⁷.

Nesse contexto, os processos históricos, políticos e culturais brasileiros contribuíram para a formação de um novo paradigma jurídico de reconhecimento das diferenças e subjetividades humanas, estabelecendo a dignidade, igualdade e liberdade enquanto valores a serem seguidos. Processos cujos objetivos levaram à promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que, entre seus princípios, direitos e garantias fundamentais, estabelece a dignidade humana (art. 1º, III), a liberdade, a justiça, a solidariedade (art. 3º, I) e a igualdade (art. 5º, I).

A aceitação da pluralidade de formas de constituição de família representa uma grande ruptura com o modelo único de família instituído pelo casamento, assim todas as relações merecem a proteção jurídica a partir do princípio do pluralismo e da liberdade que assegura a todos o direito de constituir vínculos familiares e de manter relações afetivas, sem qualquer discriminação⁸.

O reconhecimento das identidades plurais e diversas é estendido ao conceito das famílias (no plural), sendo agora “pluralizada, democrática, igualitária substancialmente,

humanos, frente à transexualidade. **Revista UNIFESO – humanas e sociais**, v. 6, n. 6, pp. 70-82, 2020, p. 75.

5 MADALENO, Rolf. **Curso de direito de família**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015, p. 36.

6 ZAGANELLI, Margareth. V.; OLIVEIRA, Mateus. M.; MALANCHINI, Reichiele. V. V. C. A (in) vulnerabilidade social da mulher à luz do direito das famílias. **Humanidades & Tecnologia em Revista (FINOM)**, v. 1, pp. 10-24, 2020, pp. 15-16.

7 HIRONAKA, Giselda Maria Fernandes Novaes. **Direito Civil**: estudos. Belo Horizonte: Del Rey, 2000, p. 17.

8 BRAUNER, Maria Claudia Crespo. O pluralismo no Direito de Família brasileiro: realidade social e reinvenção da família. In: WELTER, Belmiro Pedro, MADALENO, Rolf Hanssen (orgs.). **Direitos fundamentais do Direito de Família**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, pp. 255-278, 2004, p. 259.

hetero ou homoparental, biológica ou por outra origem (socioafetiva), é uma unidade socioafetiva e possui caráter instrumental para proteção e realização de seus membros”⁹.

Em que pese o decurso temporal para alcançarmos o contemporâneo conceito das famílias, abarcando os conflitos de ordem moral, religiosa e política, compreende-se a sua importância para o reconhecimento substancial da igualdade entre homens e mulheres na superação da estrutura patriarcal familiar, pois os dispositivos constitucionais visam formas de coibir discriminação em razão do sexo, como é o caso dos artigos 3º, IV; 5º, I e 7º, XXX, da Constituição Federal brasileira.

Ademais, essa discussão enseja reflexões sobre as variações da sexualidade e identidade de gênero humano, na medida em que, por intermédio do recorte civil e familiar, é possível tecer considerações da força (im)positiva do Estado, do controle, marginalização e patologização dos corpos não desejados, aspectos que denotam o conceito de biopolítica, conceituada por Michel Foucault (1926 – 1984), estabelecendo a correlação existente entre poder, saber e sexualidade, ao ponto de gerar o controle dos corpos pelo dispositivo do sexo¹⁰.

Nesta perspectiva, aduz acerca dos discursos que corroboraram para a produção dicotômica entre o normal e anormal/desviante, lícito e ilícito, sadio e patológico, implicando no padrão hegemônico de alguns em detrimento de outros. Para alcançar o padrão heterossexual e monogâmico, aparatos discursivos de cunho moral foram utilizados, dentre eles a medicina, a psiquiatria, a jurisprudência e a religião, gerando o sexo enquanto um dispositivo de poder e controle social.

Ora, o aparecimento, no século XIX, na psiquiatria, na jurisprudência e na própria literatura, de todo uma série de discursos sobre as espécies e subespécies de homossexualidade, inversão, pederastia e “hermafroditismo psíquico” permitiu, certamente, um avanço bem marcado dos controles sociais nessa região de “perversidade”; mas, também, possibilitou a constituição de um discurso “de reação”: a homossexualidade pôs-se a falar por si mesma, a reivindicar sua legitimidade ou sua “naturalidade” e muitas vezes dentro do vocabulário e com as categorias pelas quais era desqualificada do ponto de vista médico¹¹.

No entanto, os discursos sobre o sexo geraram um paradoxo, pois na medida em que condicionou o poder ao padrão hegemônico, acarretou, também, a possibilidade de percepção das variações sexuais e identidades de gênero humano, de modo que “[...] a repressão foi, desde a época clássica, o modo fundamental de ligação entre poder, saber

9 MALUF, Adriana Caldas Rego Freitas Dabus. **Novas modalidades de família na pós-modernidade**. São Paulo: Atlas, 2010, p. 44.

10 FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988, pp. 56-57.

11 FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988, p. 95.

e sexualidade”¹².

Etimologicamente, o termo patologização também traduz um discurso, conforme Paulo Ceccarelli, ao afirmar que psico-pato-logia representa “[...] um saber (*logos*) sobre as paixões, a passividade (*pathos*) da mente, da alma (*psiquê*). Trata-se, pois, de um discurso representativo a respeito do sofrimento psíquico; sobre o padecer psíquico”¹³.

Com efeito, considera-se que os estudos em gênero e sexualidade ganham impulso a partir da repressão biopolítica e se consolidam na libertação de outras identidades e sua (auto)determinação. Por isso, é necessário partir da conceituação basilar entre sexo, gênero e identidade de gênero para avançar com as questões relativas à (des) patologização da transexualidade, como passaremos a expor.

3. (Des)patologização da transexualidade: um debate mediado pela ciência moderna

Postas as premissas relativas ao gênero, sexualidades e biopolítica, evidencia-se a construção cultural do gênero enquanto possibilidade de performance social dos papéis estereotipados desempenhados por homens e mulheres, amparadas nos subsídios da medicina moderna, notadamente pelos aparatos discursivos da biologia e psicologia.

Essa condição biologizante dos gêneros pode ser considerada como uma das formas de opressão aos indivíduos que não estão incluídos no padrão da cisgeneridade, conceito que alude acerca da legitimação dos corpos cisgêneros masculinos e feminismos enquanto naturais, ao contrário da “artificialidade das corporalidades trans”¹⁴, pois “trata gênero como uma configuração puramente genética, senão meramente genital, [...] de modo que qualquer expressão de gênero diferente da atribuída ao nascimento e esperada socialmente para pessoas com vagina ou com pênis é considerada anômala e classificada como um transtorno”¹⁵.

Contudo, mesmo em consonância com a medicina moderna, no aspecto biologizante dos gêneros, podemos destacar diferentes formas de identificação das variações sexuais humanas, por exemplo:

12 FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988, p. 10.

13 CECCARELLI, Paulo Roberto. A patologização da normalidade. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 33, pp. 125-136, Jul. 2010, p. 126.

14 NASCIMENTO, Letícia Carolina Pereira do. Transfeminismo. *In*: RIBEIRO, Djamila (coordenadora). **Feminismos plurais**. São Paulo: Jandaíra, 2021, p. 96.

15 JESUS, Jaqueline Gomes. Transfobia e crimes de ódio: assassinatos de pessoas transgêneros como genocídio. **História Agora**, São Paulo, v.16, n. 2, jan. 2013, p. 104.

O sexo morfológico, pelo exame dos órgãos genitais e das gônadas (acusando a presença dos ovários na mulher e dos testículos no homem), ressalva feita aos casos de intersexualidade; o sexo cromossômico ou genético, pela análise dos cromossomos (conformação XX na mulher e XY no homem); o sexo nuclear estabelecido pelo exame da cromatina sexual (o sexo cromatínico aponta para características feminizantes, ausentes nos cromossomos masculinos, o corpúsculo de Baar); o sexo psicológico ou social, definido pelo comportamento; o sexo jurídico, que se estabelece em face das relações assumidas na vida jurídica; o sexo hormonal, que se apresenta em face dos hormônios circulantes provenientes das glândulas sexuais, que por sua vez indicam todos os caracteres morfológicos do homem e da mulher¹⁶.

Sendo assim, em que pese na literatura especializada o sexo hormonal seja considerado “o verdadeiro sexo” do indivíduo¹⁷, os diferentes métodos de identificação das variações sexuais indicam o reconhecimento da subjetividade e diversidade humana, para além dos modelos tecnocientíficos. Desse modo, vislumbra-se na classificação do sexo psicológico ou social a inserção mais genérica da construção cultural do gênero, pois é modelado pelas contingências sociais, com o contexto sociocultural a que o indivíduo pertence¹⁸.

A partir dessa premissa, avança-se ao conceito de identidade de gênero, ou seja, “aquela ligada ao gênero com o qual a pessoa se reconhece: como homem, como mulher, como ambos ou como nenhum. A identidade de gênero independe dos órgãos sexuais e de qualquer outra característica anatômica, já que a anatomia não define o gênero”¹⁹. Outrossim, “o sexo biológico diferencia-se da idade de gênero, considerada uma construção psicossocial decorrente da subjetividade e da liberdade do indivíduo em querer se construir e se desenhar a partir de seus desejos”²⁰.

16 MALUF, Adriana Caldas Rego Freitas Dabus. **Curso de bioética e biodireito**. 4 ed. São Paulo: Almedina, 2020, p. 292.

17 MALUF, Adriana Caldas Rego Freitas Dabus. **Curso de bioética e biodireito**. 4 ed. São Paulo: Almedina, 2020, p. 292.

18 Ademais, chama-se atenção para esta modalidade de identificação do sexo, dada a viabilidade falha dos demais se observados isoladamente, posto que, conforme KLABIN, Aracy Augusta Leme. **Aspectos jurídicos do transexualismo**. Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Direito Civil, da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo – FADUSP. Orientador: Prof. Washington de Barros Monteiro. São Paulo, 1977, pp. 3-4, “[...] o teste cromossômico é falho se aplicado aos portadores da síndrome de Klinefelter; o padrão gonadal é falho para o intersexual; o indicador hormonal pode variar em razão da administração de determinadas drogas ou pela castração; o sexo genital pode ser comprometido por anomalias na genitália; o sexo de criação é importante para o pseudo-hermafrodita, mas falha com referência aos transexuais. Assim, conclui que o sexo psicológico deveria ter relevante importância na fixação do sexo do indivíduo”.

19 DIAS, Maria Berenice. **Homoafetividade e os Direitos LGBTI**. São Paulo, Revista dos Tribunais, 2014, p. 8.

20 COSTA, Fabrício Veiga. O direito Fundamental à identidade de gênero e as políticas públicas de inclusão dos transgêneros no Brasil. In: CARDIN, Valéria Silva Galdino (coordenadora). **Biodireito: temas controvertidos**. Brasília: Zakarewicz, pp. 227-241, 2019, p. 203.

Assim, a identidade de gênero se subjaz na autodeterminação identitária, podendo ser sumariamente classificada como identidade *cis* ou *trans* gênero²¹, apresentando-se, respectivamente, “[...] compatível com o sexo assinalado em seu nascimento, aspecto anatômico e social e; a identidade transgênero, que revela uma incompatibilidade físico-psicológica, ante a sua percepção de gênero, que indica uma diferenciação entre o sexo do nascimento e a sua percepção de si”²².

Sendo assim, pessoas transgêneros autodeterminam-se como transexuais, na medida em que o termo é “[...] rotineiramente utilizado como forma de designar pessoas cuja autoidentificação de gênero não coincide com o gênero atribuído compulsoriamente ao nascimento em virtude da morfologia genital externa”²³.

Portanto, identificam-se com o sexo oposto ao registrado no nascimento ou nenhum, podendo apresentar desconforto com as características do sexo físico, mas independentemente de cirurgia de afirmação de gênero. No entanto, na concepção da medicina moderna e dos aspectos biologizantes do gênero, essa não identificação genital do sexo de nascimento por muito tempo se justificou na condição patologizante e, até mesmo, desviante das pessoas que se autodeterminavam transgêneros.

Por esses motivos, considera-se que “a transexualidade é uma experiência identitária que desafia as regulações do Estado”²⁴, pois é reivindicada em função do exercício da liberdade, respeito e justiça na luta contra um sistema de opressão:

O conceito de cisgeneridade coloca em disputa a percepção de que os corpos - de que nenhum corpo, para ser mais específica -, é naturalmente sexuado, ou generificado. Denuncia ainda o modo colonial de produção de nossos gêneros, que vai além de uma assimetria entre os gêneros, como muitas feministas historicamente abordam; o conceito colonial de gênero se ancora numa base bioessencialista de definição das nossas experiências, impondo um padrão exclusivamente binário de correspondência entre sexo (supostamente biológico) e gênero (cultural). Assim, o processo de patologização, criminalização e subalternização das identidades trans* faz parte dos interesses do CISTema colonial moderno de gênero²⁵.

21 Centrada na etimologia das palavras, BAGAGLI, Beatriz Pagliarini. **“Cisgênero” nos discursos feministas**: uma palavra tão defendida; tão atacada; tão pouco entendida”. Campinas, SP: UNICAMP / IEL/Setor de Publicações, 2015, p. 13, dispõe que: “‘cisgênero’ é uma palavra composta por justaposição do prefixo ‘cis’ ao radical ‘gênero’. O prefixo ‘cis’, de origem latina, significa ‘posição aquém’ ou ‘ao mesmo lado’, fazendo oposição ao prefixo ‘trans’, que significa ‘posição além’ ou ‘do outro lado’. ‘Cisgênero’ estabelece uma relação de antonímia com a palavra ‘transgênero’”.

22 CRUZ, Núbia dos Santos; MELO, Rafael dos Santos. Bioética e gênero: as faces dos direitos humanos, frente à transexualidade. **Revista UNIFESO – humanas e sociais**, v. 6, n. 6, pp. 70-82, 2020, p. 76.

23 BAGAGLI, Beatriz Pagliarini. **“Cisgênero” nos discursos feministas**: uma palavra tão defendida; tão atacada; tão pouco entendida”. Campinas, SP: UNICAMP / IEL/Setor de Publicações, 2015, p. 13.

24 SOUSA, Tuanny Soeiro. Retificando o gênero ou ratificando a norma? **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 15, n. 2, 2019, p. 03.

25 NASCIMENTO, Letícia Carolina Pereira do. Transfeminismo. *In*: RIBEIRO, Djamilia (coordenadora).

Apatologização da transexualidade pode ser analisada sobre muitas vertentes, mas, conforme abordagem pretendida no trabalho, parte-se de uma perspectiva sociojurídica e cultural, dominada pelos discursos morais e hegemônicos. Com isso, diz respeito às práticas do Estado que, de modo vertical, marginaliza, vulnerabiliza e patologiza pessoas, mas não qualquer pessoa, determinados grupos muito bem identificados ou, melhor, marcados nas categorias entre raça, classe e gênero²⁶.

A propósito, a vulnerabilidade, conceito que exprime uma condição de risco ou fragilidade, seja ela fisiológica (usualmente empregada para designar risco à saúde) ou social (vinculada às condições de subsistência humana), pode ser descrita enquanto um grupo de pessoas cujas peculiaridades os tornam suscetíveis ao sofrimento físico, psíquico ou moral, ou, ainda, “indivíduos suscetíveis de ser feridos, ofendidos, atacados”²⁷.

Com dimensões não muito distantes, a patologização também pode ser vislumbrada em uma perspectiva sociocultural e abranger determinados grupos de indivíduos que fogem à norma padrão, sendo-lhes prescrito um diagnóstico para justificar condutas ou modos de existência considerados anormais, desviantes e/ou irregulares, notadamente a partir de diferentes subsídios, sejam eles morais ou científicos.

Nesse contexto, destaca-se que até a 10ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID), aprovada em 1989, a Organização Mundial da Saúde (OMS) listava o “transexualismo” na classificação de “transtornos da identidade sexual” (CID 10 – F64.0), conferindo a ideia de patologização da transexualidade, justamente por não se adequar aos padrões biopsíquicos e sociais do gênero, estipulado pela medicina moderna.

No entanto, a situação foi alterada em 2019, com a revisão e aprovação da 11ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID), que no

Feminismos plurais. São Paulo: Jandaíra, 2021, pp. 100-101.

26 Desdobrando o conceito de biopolítica, autoras e autores vão além e interpretam a patologização e marginalização dos corpos que não se encaixam na norma cisheteronormativa enquanto um exercício da necropolítica pelo Estado, a medida em que, segundo CARAVACA-MORERA, Jaime Alonso; PADILHA, Maria Itayra. Necropolítica trans: diálogos sobre dispositivos de poder, morte e invisibilização na contemporaneidade. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 27. n. 2, 2018, p. 5, “falamos aqui de decretos, normativas e marcos sociais que impõem obrigações, atuações e performances específicas de acordo com as nossas plásticas e volúveis genitálias e desde nossos gêneros plásticos e artificiais. Essa necropolítica tem a capacidade de decretar morte e destruição (simbólica e material) desde as tenras etapas de nossas vidas, desde antes mesmo de havermos nascido por meio do uso de tecnologias impositivas, prescritivas (e não somente descritivas) como a própria ecografia”. No mesmo sentido, BOMFIM, Rainer; SALLES, Victória; BAHIA, Alexandre. Necropolítica Trans: o gênero, cor e raça das LGBTI que morrem no Brasil são definidos pelo racismo de Estado. **Argumenta Journal Law**, Jacarezinho – PR, Brasil, n. 31, p. 153-170, 2019, p. 164, dispõem que “[...] analisando o quadro de violência sofrido por elas, a ineficiência das políticas que deveriam cobrir e garantir-lhes direitos, bem como um projeto de Estado moderno que é construído para deixá-la à margem, tem-se que a necropolítica se manifesta como uma engrenagem institucionalizada (seja por ações comissivas ou omissivas), de extermínio em massa de pessoas travestis e mulheres trans, especialmente as negras”.

27 AMORA, Antônio Soares. **Minidicionário da língua portuguesa**. 19. Ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 778.

Brasil entrou em vigor em janeiro de 2022, na qual a transexualidade deixou de figurar na categoria dos “transtornos da identidade sexual” e passou a constar no setor das “condições relacionadas à saúde sexual”, sendo agora classificada como “incongruência de gênero”, conforme ilustra o seguinte quadro comparativo:

Quadro 1: transexualidade de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)

**1990: 10ª Classificação
Internacional de Doenças:
CID 10 – F64.0**

Inserida na categoria F64, dos Transtornos da identidade sexual, na subcategoria F64.0, como “Transexualismo”.

Descrita como: “[...] um desejo de viver e de ser aceito como pessoa do sexo oposto. Usualmente acompanhado de um sentimento de mal estar ou inadaptação por referência ao seu sexo anatômico e do seu desejo de submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou tratamento hormonal a fim de tornar seu corpo tão congruente quanto ao sexo desejado” (OMS, 1990).

(Autoria própria).

**2019: 11ª Classificação
Internacional de Doenças:
CID 11 – HA6Z**

A transexualidade passa a constar na categoria das condições relacionadas à saúde sexual, na subcategoria HA6Z, como “incongruência de gênero”.

Descrita como: “uma incongruência acentuada e persistente entre o gênero vivenciado por um indivíduo e o sexo atribuído. O comportamento variante de gênero e as preferências por si só não são uma base para atribuir os diagnósticos neste grupo” (OMS, 2019).

(Autoria própria).

Diante dessa mudança, é possível constatar a despatologização da transexualidade pelo discurso científico pois, além de não ser mais enquadrada na classificação dos “transtornos mentais e comportamentais” e “distúrbios de identidade de gênero” (subcategoria removida da nova CID), passou a ser reconhecida enquanto uma “condição relacionada à saúde sexual”.

Portanto, em razão dessa classificação, a transexualidade passa a ser entendida como mais uma das condições da diversidade humana, sendo necessário o acompanhamento (e não tratamento) das pessoas que assim se autodeterminam, reconhecendo-se que as experiências de vulnerabilidade, marginalização e patologização

sociais “[...] que materializam relações de poder e de discriminação (efetivação do estigma que constitui violação de direitos) têm efeito reconhecido na manifestação de sintomatologias indicativas de sofrimento mental intenso entre pessoas transexuais”²⁸. Por esses motivos, são necessárias ações de políticas públicas para promover a saúde e bem-estar dessa população.

4. Pressupostos para o processo transexualizador: normas reguladoras

O reconhecimento das identidades trans é recente e está em constante desenvolvimento no processo sociocultural brasileiro, sendo possível destacar alguns direitos básicos dessa população que lhes garantem os direitos da personalidade, igualdade e dignidade, como, por exemplo, o nome social e a cirurgia de transgenitalização, redesignação sexual e/ou afirmação de gênero (nomenclaturas que evoluíram em consonância com os movimentos sociais), compreendido enquanto “procedimento terapêutico multidisciplinar para a pessoa que necessita adequar seu corpo à sua identidade de gênero por meio de hormonioterapia e/ou cirurgias”²⁹.

Durante muitos anos, o nome social foi um direito negado à população transexual no Brasil, sob os mais diversos pretextos de cunho moral pela ordem jurídica – sendo possível mapear demandas judiciais nesse sentido, pelo menos, a partir dos anos 90. O reconhecimento desse direito é um dos mais importantes pois, confere legitimidade e legalidade à autodeterminação identitária da pessoa transexual, garantindo-lhe minimamente os seus direitos da personalidade e identidade, conforme preconiza o artigo 16, do Código Civil brasileiro.

A vida não deve ser resguardada apenas em sua configuração biológica, mas também ética, assegurando-se uma vida digna, pois não se vive apenas para si, mas para cumprir com determinada função na sociedade. Porém, este direito não pode ser exercido plenamente enquanto o transexual tiver que apresentar documentação masculina, fato que viola seu direito à intimidade, pois a cada ocasião que apresenta um documento tem que explicar o porquê da discrepância com sua aparência³⁰.

28 ZUCCHI, Eliana Miura, *et al.* Bem-estar psicológico entre travestis e mulheres transexuais no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2019, p. 02.

29 Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução CFM nº 2.265/2019**. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Diário Oficial da União, Brasília, seção I, p. 6, de 09 de janeiro de 2020.

30 VIEIRA, Tereza Rodrigues. Identidade sexual: aspectos éticos e jurídicos da adequação de prenome e sexo no registro civil. *In*: VIEIRA, Tereza Rodrigues; PAIVA, Luiz A. Saavedra de. **Identidade Sexual e Transexualidade**. São Paulo: Roca, 1ª Ed., pp. 183-198, 2009, p. 188.

Não obstante as reivindicações dos movimentos sociais pela efetivação deste direito e a crítica à burocratização judiciária das demandas nesse sentido, em 15 de agosto de 2018, no julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 670.422 (RS), de relatoria do ministro Dias Toffoli, o Plenário do Supremo Tribunal Federal reafirmou jurisprudência da corte permitindo que a pessoa transexual retifique seu nome e gênero no registro civil, tanto pela via judicial quanto pela via administrativa. A tese firmada sob o regime de repercussão geral, constitui-se nos seguintes termos:

- i) O transgênero tem direito fundamental subjetivo à alteração de seu prenome e de sua classificação de gênero no registro civil, não se exigindo, para tanto, nada além da manifestação da vontade do indivíduo, o qual poderá exercer tal faculdade tanto pela via judicial como diretamente pela via administrativa.
- ii) Essa alteração deve ser averbada à margem no assento de nascimento, sendo vedada a inclusão do termo ‘transexual’.
- iii) Nas certidões do registro não constará nenhuma observação sobre a origem do ato, sendo vedada a expedição de certidão de inteiro teor, salvo a requerimento do próprio interessado ou por determinação judicial.
- iv) Efetuando-se o procedimento pela via judicial, caberá ao magistrado determinar, de ofício ou a requerimento do interessado, a expedição de mandados específicos para a alteração dos demais registros nos órgãos públicos ou privados pertinentes, os quais deverão preservar o sigilo sobre a origem dos atos³¹.

A justificativa dessa decisão se fundamenta nos princípios basilares do estado democrático de direito, como é possível observar na ementa do julgamento, que listou os “princípios da dignidade da pessoa humana, da personalidade, da intimidade, da isonomia, da saúde e da felicidade, e da convivência com os princípios da publicidade, da informação pública, da segurança jurídica, da veracidade dos registros públicos e da confiança”³².

No mesmo sentido de reconhecimento da autodeterminação identitária enquanto

31 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 670.422 Rio Grande do Sul**. Ementa: Direito Constitucional e Civil. Transexual. Identidade de gênero. Direito subjetivo à alteração do nome e da classificação de gênero no assento de nascimento. Possibilidade independentemente de cirurgia de procedimento cirúrgico de redesignação. Princípios da dignidade da pessoa humana, da personalidade, da intimidade, da isonomia, da saúde e da felicidade. Convivência com os princípios da publicidade, da informação pública, da segurança jurídica, da veracidade dos registros públicos e da confiança. Recurso extraordinário provido. Recte.(S): S T C. Recdo.(A/S) :Oitava Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Relator : Min. Dias Toffoli, 15 de agosto de 2018.

32 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 670.422 Rio Grande do Sul**. Ementa: Direito Constitucional e Civil. Transexual. Identidade de gênero. Direito subjetivo à alteração do nome e da classificação de gênero no assento de nascimento. Possibilidade independentemente de cirurgia de procedimento cirúrgico de redesignação. Princípios da dignidade da pessoa humana, da personalidade, da intimidade, da isonomia, da saúde e da felicidade. Convivência com os princípios da publicidade, da informação pública, da segurança jurídica, da veracidade dos registros públicos e da confiança. Recurso extraordinário provido. Recte.(S): S T C. Recdo.(A/S) :Oitava Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Relator : Min. Dias Toffoli, 15 de agosto de 2018.

direito, encaminham-se os procedimentos para a afirmação de gênero, de modo que, no Brasil, tais procedimentos são regulamentados por normas deontológicas (ou seja, normas de caráter profissional e administrativo, geralmente englobando uma entidade oficial), elaboradas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

Assim, é possível listar algumas resoluções que tratam acerca do protocolo terapêutico, diagnóstico e demais procedimentos aos pacientes interessados, destacando-se a Resolução do CFM nº 1.482/1997 (revogada) por ser a primeira nesse sentido, a qual autorizava “[...] a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos, complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo”³³.

Em 2002, foi publicada a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.652/2002 (revogada), que dispõe sobre a cirurgia de “transgenitalismo”, revogando a Resolução CFM nº 1.482/97. Dentre as suas previsões, estipulava, em seu artigo 3º, que o reconhecimento da transexualidade, deveria obedecer, no mínimo, os seguintes critérios: “1) Desconforto com o sexo anatômico natural; 2) Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; 3) Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; 4) Ausência de outros transtornos mentais”³⁴.

A problemática dessa regulamentação está, mais uma vez, no determinismo descritivo de estipular o modo de exercer a sexualidade e ignorando as pluralidades sexuais e de identidade de gênero humano, partindo de modelos binários e bioessentialistas da definição e exercício do gênero e sexualidade na sociedade, sem atender ao seu propósito central: garantir a saúde e dignidade das pessoas transexuais.

A resposta dada à demanda transexual foi a criação de um tipo de entidade nosológica - o transexualismo - e de um protocolo diagnóstico e terapêutico que fixa descrições e prescrições sobre como deve ser vivenciada “corretamente” a transexualidade, não se restringindo a estabelecer limites e práticas mais seguras de se realizarem as intervenções. Nesse sentido, o transexualismo pode ser visto como um tipo de dispositivo, no sentido que as instituições médica e jurídica desconsideram as singularidades, e tem como principal preocupação reduzir à condição transexual à heterossexual, admitida como a expressão correta ou normal da sexualidade³⁵.

33 Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução CFM nº 1.482 /1997**. Autoriza a título experimental a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia. Diário Oficial da União, Brasília, Seção I – Pág. 20944, de 19 de setembro de 1997.

34 Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução CFM nº 1.652/2002**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97. Diário Oficial da União, Brasília, seção I, p. 80, de 2 de dezembro de 2002.

35 VENTURA, Mirian; SCHRAMM, Fermin Roland. Limites e Possibilidades do Exercício da Autonomia nas Práticas Terapêuticas de Modificação Corporal e Alteração da Identidade Sexual. **Physis Revista de**

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.707/2008, posteriormente revogada pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, considerando os princípios de equidade, universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), criou o programa para acolher a população trans em todos os seus níveis de hierarquização, estabelecendo o processo transexualizador, isto é, o “conjunto de ações ambulatoriais e hospitalares para acolher pessoas que desejam realizar os procedimentos de readequação sexual”³⁶, bem como definiu as diretrizes de assistência ao usuário com demanda para realização do processo transexualizador no SUS, em seu artigo 2º:

Art. 2º São diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do Processo Transexualizador no SUS:

I - integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas;

II - trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional;

III - integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção.

Parágrafo único. Compreende-se como usuário(a) com demanda para o Processo Transexualizador os transexuais e travestis³⁷.

Já em 2019, em consonância com a despatologização da transexualidade pela Organização Mundial da Saúde, sendo agora classificada enquanto “incongruência de gênero” (CID 11 – HA6Z), o Conselho Federal de Medicina publica a Resolução nº 2.265/2019, que “dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010”³⁸.

Ratificando a estruturação da atenção básica e especializada preconizada pela Portaria nº 2.803/2013, a Resolução CFM nº 2.265/2019 estabelece em seu artigo 2º que “a atenção integral à saúde do transgênero deve contemplar todas as suas necessidades, garantindo o acesso, sem qualquer tipo de discriminação, às atenções básica,

Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V. 19, n. 1. pp. 65-93, 2009, pp. 67-68.

36 SILVA, Renato Canevari Dutra da, *et al.* Reflexões bioéticas sobre o acesso de transexuais à saúde pública. **Revista Bioética**, v. 30, pp. 195-204, 2022, p. 196.

37 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, nº 225, Seção 1, de 20 de novembro de 2013.

38 Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução CFM nº 2.265/2019**. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Diário Oficial da União, Brasília, seção I, p. 6, de 09 de janeiro de 2020.

especializada e de urgência e emergência”³⁹. A norma deontológica que atualmente rege os procedimentos de saúde para a população trans prevê formas de acolhimento e atenção desde a fase pré à pós-cirúrgica, reconhecendo demais necessidades e especialidades que eventualmente surjam no decorrer do processo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perspectiva sociocultural adotada no trabalho nos permitiu analisar, mesmo que de maneira breve, a correlação entre poder, saber e sexualidade. Desde o paradigma civil e familiarista adotado no Brasil, é possível perceber o controle e marginalização dos corpos por intermédio do dispositivo do sexo, este importante marcador social que por muito tempo limitou relações hierárquicas de poder, sendo sentidas as repercussões dessas práticas ainda hoje em nossa cultura.

Com a população LGBTQIAPN+ não é diferente, sobretudo com a população transexual, que consistiu no objeto central da presente pesquisa, de modo que a sua não identificação biopsíquica e social com o sexo assinalado no momento do seu nascimento acarretou a sua marginalização, vulnerabilidade e patologização pelo discurso científico, como forma de suprimir a sua existência e renegar a diversidade sexual e de identidade de gênero humano.

A partir dessas premissas algumas reflexões foram apresentadas, mas, talvez, a mais importante foi instigar a percepção de que para sugerir a doença, desvio e/ou anomalia, sempre há a comparação com o considerado saudável, correto e/ou normal. Porém, esses padrões foram e são regulamentados por uma entidade ou pessoa, isto é, possuem uma origem. Em um breve resgate histórico exemplificativo, podemos destacar que “[...] cada momento sócio-histórico teve sua maneira própria para lidar com as expressões do *patos*: no passado, a religião ditou as normas; na modernidade, foi a ciência; e na chamada pós-modernidade, o discurso científico tem sido questionado”⁴⁰.

Nesse sentido, a despatologização da transexualidade pelo discurso científico e da medicina moderna é uma realidade ainda em desenvolvimento, mas com efeitos importantes para o tempo presente, pois, como demonstrado, da anterior inclusão das pessoas transexuais nos “transtornos da identidade sexual” (CID 10 – F64.0), na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), de 2019, a OMS passou a classificar a transexualidade enquanto “incongruência de gênero” (CID 11 – HA6Z).

39 Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução CFM nº 2.265/2019**. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Diário Oficial da União, Brasília, seção I, p. 6, de 09 de janeiro de 2020.

40 CECCARELLI, Paulo Roberto. A patologização da normalidade. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 33, pp. 125-136, Jul. 2010, p. 125.

Não obstante o termo ainda sugira um traço do “sistema de gênero colonizador”⁴¹, houve avanços no que tange ao reconhecimento da diversidade da humanidade, pois agora a transexualidade é compreendida enquanto uma “condição relacionada à saúde sexual” e, por isso, demanda políticas públicas de saúde, assim como a gravidez e a velhice.

Diante dessas considerações, responde-se ao problema da pesquisa para concluir que a despatologização da transexualidade e sua condição enquanto “incongruência de gênero”, transita, pelos fundamentos dos direitos da personalidade das pessoas transexuais e, pelo direito à saúde, constituindo-se no fundamento da saúde e bem-estar da população trans.

Portanto, quanto aos fundamentos jurídicos para custeio público do processo transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), podemos concluir que se justificam no direito à saúde, de modo que todas as normas deontológicas apresentadas, sobretudo a Portaria nº 2.803/2013, do Ministério da Saúde, e a Resolução nº 2.265/2019, do Conselho Federal de Medicina, convergem no sentido de reconhecimento da diversidade sexual e identidade de gênero da população trans e, por conseguinte, concentram-se no seu bem-estar físico, psíquico e moral, enquanto políticas públicas para efetivação dos seus direitos à dignidade, liberdade, igualdade, integridade física, psíquica e moral.

Por derradeiro, não obstante exista flagrante violação ao princípio da universalidade no que concerne ao processo transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pois atualmente somente dez estabelecimentos de saúde estão habilitados para esses procedimentos, centrados em 8 estados brasileiros⁴², é preciso reconhecer não só a oferta do processo transexualizador aos usuários interessados, mas também a qualidade dos serviços desempenhados pelos diversos profissionais envolvidos (pediatras, psiquiatras, endocrinologistas, ginecologistas, urologistas, cirurgiões plásticos, entre outros) para que a saúde seja um meio para o alcance da plena qualidade de vida e reconhecimento da identidade de gênero da população transexual.

REFERÊNCIAS

AMORA, Antônio Soares. **Minidicionário da língua portuguesa**. 19. Ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

41 NASCIMENTO, Letícia Carolina Pereira do. Transfeminismo. *In*: RIBEIRO, Djamila (coordenadora). **Feminismos plurais**. São Paulo: Jandaíra, 2021, p. 101.

42 SILVA, Renato Canevari Dutra da, *et al.* Reflexões bioéticas sobre o acesso de transexuais à saúde pública. **Revista Bioética**, v. 30, pp. 195-204, 2022, p. 196.

BAGAGLI, Beatriz Pagliarini. **“Cisgênero” nos discursos feministas**: uma palavra tão defendida; tão atacada; tão pouco entendida”. Campinas, SP: UNICAMP /IEL/Setor de Publicações, 2015.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**: fatos e mitos; tradução Sérgio Milliet. - 3. ed. – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BOMFIM, Rainer; SALLES, Victória; BAHIA, Alexandre. Necropolítica Trans: o gênero, cor e raça das LGBTI que morrem no Brasil são definidos pelo racismo de Estado. **Argumenta Journal Law**, Jacarezinho – PR, Brasil, n. 31, p. 153-170, 2019. Disponível em: https://www.oasisbr.ibict.br/vufind/Record/UENP-1_e390d7da1089342427ed680a1919398f. Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, nº 225, Seção 1, de 20 de novembro de 2013. Disponível: <https://bit.ly/3rY28MM>. Acesso em: 12 ago. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 670.422 Rio Grande do Sul**. Ementa: Direito Constitucional e Civil. Transexual. Identidade de gênero. Direito subjetivo à alteração do nome e da classificação de gênero no assento de nascimento. Possibilidade independentemente de cirurgia de procedimento cirúrgico de redesignação. Princípios da dignidade da pessoa humana, da personalidade, da intimidade, da isonomia, da saúde e da felicidade. Convivência com os princípios da publicidade, da informação pública, da segurança jurídica, da veracidade dos registros públicos e da confiança. Recurso extraordinário provido. Recte.(S): S T C. Recdo.(A/S) :Oitava Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Relator : Min. Dias Toffoli, 15 de agosto de 2018. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=752185760>. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. O pluralismo no Direito de Família brasileiro: realidade social e reinvenção da família. *In*: WELTER, Belmiro Pedro, MADALENO, Rolf Hanssen (orgs.). **Direitos fundamentais do Direito de Família**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, pp. 255-278, 2004.

CARAVACA-MORERA, Jaime Alonso; PADILHA, Maria Itayra. Necropolítica trans: diálogos sobre dispositivos de poder, morte e invisibilização na contemporaneidade. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/TYJ397gFMBrfCcdch9JZdtf/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 26 jul. 2023.

CECCARELLI, Paulo Roberto. A patologização da normalidade. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 33, pp. 125-136, Jul. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372010000100013. Acesso em: 17 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.482 /1997**. Autoriza a título experimental a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia. Diário Oficial da União, Brasília, Seção I – Pág. 20944, de 19 de setembro de 1997. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1482_1997.pdf. Acesso em: 12 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.652/2002**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97. Diário Oficial da União, Brasília, seção I, p. 80, de 2 de dezembro de 2002. Disponível em: <https://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/126/1126/CIRURGIA-TRANSGENITALIZA%C3%87%C3%83O-RESOLU%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-1652-DE-2002.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.265/2019**. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Diário Oficial da União, Brasília, seção I, p. 6, de 09 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>. Acesso em: 12 ago. 2023.

COSTA, Fabrício Veiga. O direito Fundamental à identidade de gênero e as políticas públicas de inclusão dos transgêneros no Brasil. *In*: CARDIN, Valéria Silva Galdino (coordenadora). **Biodireito**: temas controvertidos. Brasília: Zakarewicz, pp. 227-241, 2019.

CRUZ, Núbia dos Santos; MELO, Rafael dos Santos. Bioética e gênero: as faces dos direitos humanos, frente à transexualidade. **Revista UNIFESO – humanas e sociais**, v. 6, n. 6, pp. 70-82, 2020. Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/revistaunifesohumanasesociais/article/view/2208>. Acesso em: 15 jul. 2023.

DIAS, Maria Berenice. **Homoafetividade e os Direitos LGBTI**. São Paulo, Revista dos Tribunais, 2014.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: A vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições

Graal, 1988.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antônio Carlos Gil. – 6. ed. – São Paulo: Atlas, 2008

HIRONAKA, Giselda Maria Fernandes Novaes. **Direito Civil: estudos**. Belo Horizonte: Del Rey, 2000.

JESUS, Jaqueline Gomes. Transfobia e crimes de ódio: assassinatos de pessoas transgêneros como genocídio. **História Agora**, São Paulo, v.16, n. 2, jan. 2013.

KLABIN, Aracy Augusta Leme. **Aspectos jurídicos do transexualismo**. Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Direito Civil, da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo – FADUSP. Orientador: Prof. Washington de Barros Monteiro. São Paulo, 1977.

MADALENO, Rolf. **Curso de direito de família**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015.

MALUF, Adriana Caldas Rego Freitas Dabus. **Curso de bioética e biodireito**. 4 ed. São Paulo: Almedina, 2020.

MALUF, Adriana Caldas Rego Freitas Dabus. **Novas modalidades de família na pós-modernidade**. São Paulo: Atlas, 2010.

NASCIMENTO, Letícia Carolina Pereira do. Transfeminismo. *In*: RIBEIRO, Djamila (coordenadora). **Feminismos plurais**. São Paulo: Jandaíra, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **10ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID)**, 1990. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#>. Acesso em: 02 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **11ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID)**. Padronização global de informações de diagnóstico no campo da saúde, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/en>. Acesso em: 02 ago. 2023.

SILVA, Renato Canevari Dutra da, et al. Reflexões bioéticas sobre o acesso de transexuais à saúde pública. **Revista Bioética**, v. 30, pp. 195-204, 2022. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2818. Acesso em: 17

jul. 2023.

SOUSA, Tuanny Soeiro. Retificando o gênero ou ratificando a norma? **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 15, n. 2, 2019. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/revdireitogv/article/view/80276>. Acesso em: 24 jul. 2023.

VENTURA, Mirian; SCHRAMM, Fermin Roland. Limites e Possibilidades do Exercício da Autonomia nas Práticas Terapêuticas de Modificação Corporal e Alteração da Identidade Sexual. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V. 19, n. 1. pp. 65-93, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/physis/a/PD36HwnMmZhqmb49Z3ttXtt/#>. Acesso em: 14 ago. 2023.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. Identidade sexual: aspectos éticos e jurídicos da adequação de prenome e sexo no registro civil. *In*: VIEIRA, Tereza Rodrigues; PAIVA, Luiz A. Saavedra de. **Identidade Sexual e Transexualidade**. São Paulo: Roca, 1ª Ed., pp. 183-198, 2009.

ZAGANELLI, Margareth. V.; OLIVEIRA, Mateus. M.; MALANCHINI, Reichiele. V. V. C. A (in) vulnerabilidade social da mulher à luz do direito das famílias. **Humanidades & Tecnologia em Revista (FINOM)**, v. 1, pp. 10-24, 2020. Disponível em: http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/987. Acesso em: 18 jul. 2023.

ZUCCHI, Eliana Miura, *et al.* Bem-estar psicológico entre travestis e mulheres transexuais no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LqvCfLhQNHQwb3M3zQPFFN/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 03 ago. 2023.



Gostaria de submeter seu trabalho a **Revista Direito.UnB**?

Gostaria de submeter seu trabalho a Revista Direito.UnB?

Visite <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb>
e saiba mais sobre as nossas Diretrizes para Autores.

SAÚDE E BIOTECNOLOGIAS DE GÊNERO: (RE)PRODUÇÃO DO CORPO PELO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

HEALTH AND GENDER BIOTECHNOLOGIES: (RE)PRODUCTION OF THE BODY THROUGH THE TRANSEXUALIZATION PROCESS

Recebido: 10/11/2023

Aceito: 30/08/2024

JANAÍNA MACHADO STURZA

Pós doutora em Direito pela UNISINOS. Doutora em Direito pela Universidade de Roma Tre/Itália. Professora na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, lecionando na graduação em Direito e no Programa de pós-graduação em Direito - mestrado e doutorado. Pesquisadora Gaúcha FAPERGS – PqG Edital N° 05/2019. Pesquisadora Universal CNPq - Chamada CNPq/MCTI/FNDCT N° 18/2021.

E-mail: janasturza@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0970-0842>

GABRIELLE SCOLA DUTRA

Doutora em Direito pela UNIJUÍ. Professora no Curso de Graduação em Direito da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI e da Faculdade de Balsas – UNIBALSAS.

E-mail: gabrielle.scola@unijui.edu.br



Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2688-8429>

PAULA FABÍOLA CIGANA

Doutoranda em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da UNIJUÍ. Tabela e Registradora no Estado do Rio Grande do Sul.

E-mail: paulafcigana@hotmail.com



Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3573-7315>



Este é um artigo de acesso aberto licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações Internacional 4.0 que permite o compartilhamento em qualquer formato desde que o trabalho original seja adequadamente reconhecido.

This is an Open Access article licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License that allows sharing in any format as long as the original work is properly acknowledged.

RESUMO

A temática da presente investigação orienta discussões a respeito das biotecnologias de gênero no campo da saúde pública brasileira na Era da Farmacopornografia. O objetivo é abordar o contexto da saúde e das biotecnologias de gênero pela análise da produção e reprodução do corpo pelo processo transexualizador como inscrição da biopolítica, além de estudar a intersecção entre corpo, gênero e sexualidade como mediações biopolíticas nos corpos abjetos; e analisar o processo transexualizador como uma biotecnologia de gênero no âmbito da saúde pública brasileira. A metodologia escolhida para delinear a investigação é o método hipotético-dedutivo, instruído por uma análise bibliográfica e documental. A base teórica utilizada para a articulação da discussão advém de uma matriz biopolítica de gênero a partir de Judith Butler, Michel Foucault e Paul B. Preciado. Diante das biotecnologias de gênero no campo da saúde pública brasileira, questiona-se: o processo transexualizador pode ser considerado um mecanismo de produção e reprodução do corpo enquanto inscrição da biopolítica na Era da Farmacopornografia? Sob as lentes da biopolítica, constata-se que o processo transexualizador é considerado uma biotecnologia de gênero que tem se potencializado no *locus* sanitário como mecanismo de (re)produção da performatividade e de ensaios corpóreos dos corpos trans.

Palavras-chave: Biotecnologia de Gênero. Corpos Trans. Farmacopornografia. Processo Transexualizador. Saúde Pública.

ABSTRACT

Abstract: The theme of this investigation guides discussions regarding gender biotechnologies in the field of Brazilian public health in the Era of Pharmacopornography. The objective is to address the context of health and gender biotechnologies by analyzing the production and reproduction of the body through the transsexualizing process as an inscription of biopolitics, in addition to studying the intersection between body, gender and sexuality as biopolitical mediations in abject bodies; and analyze the transsexualization process as a gender biotechnology within the scope of Brazilian public health. The methodology chosen to outline the investigation is the hypothetical-deductive method, guided by a bibliographic and documentary analysis. The theoretical basis used to articulate the discussion comes from a biopolitical gender matrix based on Judith Butler, Michel Foucault and Paul B. Preciado. In view of gender biotechnologies in the field of Brazilian public health, the question arises: can the transsexualization process be considered a mechanism of production and reproduction of the body as an inscription of biopolitics in the Era of Pharmacopornography? Under the lens of biopolitics, it appears that the transsexualizing process is considered a gender biotechnology that has been potentiated in the health locus as a mechanism for (re)producing performativity and corporeal trials of trans bodies.

Keywords: Gender Biotechnology. Trans Bodies. Pharmacopornography. Transsexualizing Process. Public health.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

De acordo com a ontologia corpórea, a sociedade é prismada por uma performatividade linguística que fabrica realidades que são narradas e reconhecidas a partir da dimensão da linguagem. Logo, o conteúdo valorativo do gênero e do sexo é revestido por práticas e atos discursivos, corpóreos e performativos que personificam a inteligibilidade e o reconhecimento dos sujeitos no arranjo social. Nessa arquitetura, sexo e gênero flertam suas operacionalizações enquanto escrituras que se inserem na dinâmica dos corpos. Esse flerte é facilitado pela sofisticação de novas tecnologias de gênero que entram em ascensão como mecanismos que detêm uma complexidade funcional em comunhão de esforços com os discursos e as relações de poder, com o objetivo de produzir e reproduzir as subjetividades existenciais.

A partir de tal (res)significação, inspirada pela matriz biopolítica do filósofo francês Michel Foucault, a italiana Teresa de Lauretis percebe que o gênero é resultado de multifacetadas “tecnologias sociais, e de discursos, epistemologias e práticas críticas institucionalizadas, bem como das práticas da vida cotidiana”.¹ Assim, as tecnologias de gênero são utilizadas em prol de um projeto biopolítico que instaura processos/técnicas/práticas/procedimentos empregados pelo sujeito como forma de auto identificação e afirmação no *locus* existencial. Portanto, quando a biopolítica ingressa na trama histórica para incrementar essas novas tecnologias, fala-se na atuação de “biotecnologias de gênero” sob os corpos.

Sob a égide da Era Farmacopornográfica, o corpo dissidente é um território que repercute no desejo de instituições disciplinares atuarem enquanto colonizadoras na tentativa de impedir que os processos de recodificação de suas significações políticas e culturais protagonizados pelos corpos dissidentes sejam exitosos. A experiência dissidente instaura uma temporalidade revolucionária em relação aos meios de comunicação, à indústria farmacêutica, ao mercado, entre outras instituições totalizadoras. A Era Farmacopornográfica foi anunciada pelo filósofo espanhol Paul B. Preciado a partir de sua obra “*Testo Junkie: Sexo, drogas e biopolítica na Era Farmacopornográfica*”² publicada no ano de 2008 na Espanha. Enquanto uma ficção política, a obra desvela o universo das experimentações estéticas que inauguram a produção, transformação e inventividade de corpos a partir da operacionalização de mecanismos e dispositivos biotecnologicamente

1 LAURETIS, Teresa de. **A tecnologia do gênero**. In: HOLLANDA, Heloisa (Org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 208.

2 PRECIADO, Paul B. **Testo Junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica**. São Paulo: N-1 edições. 2018.

sofisticados.

O regime fármaco-pornográfico emerge a partir dos anos 1950, torna obsoleta a sociedade do século XXI ao deslocar a funcionalidade da automação da sociedade heterossexual disciplinar, que ocorria nas fábricas, para afastar-se da lógica do funcionamento de órgãos sexuais e do conjunto de modos de ser/estar/agir estruturados a partir da imposição de padrões produtivos, para uma total computadorização tecnomicrobiológica do eixo sexopolítico “por meio da Novartis, da Roche, da Pfizer, da Sanofi, do YouPorn, do Google, do Facebook e assim por diante”.³ Sobretudo, no regime fármaco-pornográfico não existem órgãos sexuais propriamente ditos, mas uma geografia política de poder que tenta colonizar a instância corpórea. O corpo dissidente se apresenta como experiência viva numa dimensão midiática e biotecnológica, performatiza suas multiplicidades com o intuito de criar novos órgãos e funções sexuais a fim de comprometer os códigos tecno-patriarcais sob o jugo de uma melodia anárquica das carnalidades dos gêneros, dos sexos e das sexualidades.

A vista disso, o filósofo espanhol transgênero Paul Preciado potencializou essa discussão ao reconhecer o corpo enquanto instância de fabricação biopolítica, como território de inscrições generificadas, em contrapartida, igualmente como espaço de dissidências que ousam articular estruturas de inteligibilidade num sentido contracorrente. No pensamento pós-feminista de Preciado, em plena Era da Farmacopornografia, a instauração das biotecnologias de gênero instiga a produção de corpos precários e dissidentes que não podem ser apreendidos pela essencialização identitária porque são rupturas constantes. É preciso desnaturalizar a ordem compulsória dos gêneros que impõe um sistema identitário rígido.⁴ É preciso pensar nos impactos dessas biotecnologias de gênero na vida dos corpos trans. Logo, é necessário transgredir essas normatizações.

Nesse contexto, pugna-se por uma filosofia do corpo em metamorfose, um processo de “irritação” das categorias postas que detém potencialidade de tensionar o binário homem-mulher para fabricar um processo de desnaturalização radical de tudo e, finalmente, libertar o corpo das amarras forjadoras que aniquilam performatividades dissidentes. O rompimento desse panorama é um desafio que deve estar na ordem do dia. É que o corpo é instância complexa, é (res)significado pela linguagem e vice-versa. A filósofa estadunidense e feminista Judith Butler já anunciou a partir do seu pensamento pós-estruturalista que “o corpo tem seus próprios sinais, seus próprios significantes, de

3 PRECIADO, Paul B. **Manifesto contrassexual**. Tradução de Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: N-1 edições, 2014. p. 23.

4 PRECIADO, Paul B. **Testo Junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica**. São Paulo: N-1 edições. 2018.

um modo que permanecem em boa parte inconsciente”.⁵ Portanto, no campo da saúde pública aliada à biotecnologia de gênero no âmbito brasileiro, apresenta-se o processo transexualizador como inscrição biopolítica para a produção e reprodução do corpo.

Sendo assim, o objetivo geral da presente pesquisa é abordar o contexto da saúde e das biotecnologias de gênero pela análise da produção e reprodução do corpo pelo processo transexualizador como inscrição da biopolítica. Num primeiro momento, estuda-se a intersecção entre corpo, gênero e sexualidade como mediações biopolíticas nos corpos abjetos. Por último, analisa-se o processo transexualizador como uma biotecnologia de gênero no âmbito da saúde pública brasileira. A metodologia escolhida para delinear a investigação é o método hipotético-dedutivo, instruído por uma análise bibliográfica e documental. A base teórica utilizada para a articulação da discussão advém de uma matriz biopolítica de gênero a partir de Judith Butler, Michel Foucault e Paul Preciado. Diante das biotecnologias de gênero no campo da saúde pública brasileira, questiona-se: o processo transexualizador pode ser considerado um mecanismo de produção e reprodução do corpo enquanto inscrição da biopolítica? Esse é o questionamento que norteia o desenvolvimento da pesquisa e produz a análise a seguir para a articulação de seus limites e possibilidades de resolução.

2. CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE: INSCRIÇÕES BIOPOLÍTICAS NOS CORPOS ABJETOS

Intrinsicamente performatizados enquanto inscrições corpóreas inseridas no horizonte de experiências do ser humano, os elementos de gênero e sexo são instrumentos de poder e dominação historicamente utilizados pelo Estado e civilização dominante para fabricar cisuras biopolíticas nos corpos humanos e encará-los como territórios a serem demarcados por estruturas de controle e dominação normalizantes. Para o filósofo francês Michel Foucault, o ponto inicial a ser questionado sobre o dispositivo da sexualidade não deve ser o sexo-desejo, mas os eixos do corpo e dos prazeres, a fim de que se possa perceber a complexidade da sexualidade em si mesma.⁶ Nesse imbróglio biopolítico por excelência, sabe-se que “a compreensão plenamente consciente do instinto sexual importa mais do que o ato sexual”.⁷

5 BUTLER, Judith. **Desfazendo gênero**. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp. 2022. p. 198.

6 FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

7 FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999, p. 147.

Logo, Foucault estabelece a premissa conceitual de que a sexualidade é compreendida enquanto um dispositivo histórico:

Não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder. Pode-se admitir, sem dúvida, que as relações de sexo tenham dado lugar, em toda sociedade, a um dispositivo de aliança: sistema de matrimônio, de fixação e desenvolvimento dos parentescos, de transmissão dos nomes e dos bens.⁸

O dispositivo da sexualidade teria se configurado a partir do século XVIII, sendo que por meio do controle técnico-científico da sexualidade, a sociedade ocidental moderna desenvolveu um conjunto de procedimentos ordenados em função de uma forma de poder-saber, opondo-se à arte e à religião. Sob essa perspectiva, o sexo constitui-se como “fato discursivo” global, tendo por base elementos negativos calcados em proibições, recusas, censuras, negações, que embora se constituam em uma técnica de poder, numa vontade de saber, estão longe de se reduzirem a isso.⁹ Enquanto no Século XVII, vislumbrou-se o início de uma época de repressão sexual própria das sociedades chamadas burguesas, em meados do século XVIII surge uma incitação política, econômica, técnica, a falar do sexo, inclusive publicamente.

Essa publicização do sexo teve por objetivo gerir o discurso, inserindo-o em um sistema de utilidade, a fim de constituir um padrão que retoricamente visava o bem de todos. Até o final do século XVIII, existiam três grandes códigos explícitos referentes às práticas sexuais: o direito canônico, a pastoral cristã, e a lei civil, os quais estabeleciam o certo e o errado, o lícito e o ilícito, enaltecendo o sexo no casamento, e condenando qualquer prática estranha a ele. No fim do século XVIII nasceu uma tecnologia do sexo, que extrapolava o contexto canônico e atravessada as instâncias da pedagogia, medicina e economia, trazendo o sexo para o centro de debates de Estado. Essa tecnologia abrangia três eixos principais: 1) o da pedagogia, tendo como objetivo a sexualidade específica da criança; 2) o da medicina, com a fisiologia sexual própria das mulheres como objetivo; 3)

8 FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999, p. 100.

9 FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

e, enfim, 3) o da demografia, com o objetivo da regulação espontânea ou planejada dos nascimentos.

Mas, foi somente nos séculos XIX e XX, com a dispersão de sexualidades, que o discurso sexual foi objeto de racismo, tornando-se objeto de disputa pública. A fabricação das sexualidades situou-se como extensão do poder e campo de intervenção, tendo em vista seu potencial de lucro econômico perseguido pela medicina, da prostituição e da pornografia. Por essa razão, “prazer e poder não se anulam; não se voltam um contra o outro; seguem-se, entrelaçam-se e se relançam”.¹⁰ Nesse momento, configurou-se um projeto biopolítico não apenas restrito ao campo da medicina, mas também político, de gestão estatal da população, como os casamentos, nascimentos, óbitos, saúde, higiene, raças, racionalizando os problemas propostos à prática governamental. Sobre o corpo, o biopoder se manifesta a partir dos rearranjos corporais oriundos da intervenção das tecnociências e ideologias de aprimoramento corporal.

Trata-se não apenas da dimensão física do corpo, como também daquelas inseridas no imaginário corporal, especialmente nas representações que se moldam no tempo e nas diferentes sociedades. Para Foucault, o biopoder e o corpo vivo sob a perspectiva de investimento foram indispensáveis à difusão do capitalismo, a partir da gestão e do controle da população e seu alinhamento aos processos econômicos. Nas palavras de Foucault, o corpo vivo sob a perspectiva de investimento remodela-se a partir de um exercício de biopoder:

[...] se o desenvolvimento dos grandes aparelhos de Estado, como instituições de poder, garantiu a manutenção das relações de produção, os rudimentos de anátomo e de biopolítica, inventados no século XVIII como técnicas de poder presentes em todos os níveis do corpo social e utilizadas por instituições bem diversas (a família, o Exército, a escola, a polícia, a medicina individual ou a administração das coletividades), agiram no nível dos processos econômicos, do seu desenrolar, das forças que estão em ação em tais processos e os sustentam; operaram, também, como fatores de segregação e de hierarquização social agindo sobre as forças respectivas tanto de uns como de outros, garantindo relações de dominação e efeitos de hegemonia; o ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação do crescimento dos grupos humanos à expansão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro, foram, em parte, tornados possíveis pelo exercício do biopoder com suas formas e procedimentos múltiplos. O investimento sobre o corpo vivo, sua valorização e a gestão distributiva de suas forças foram indispensáveis naquele momento.¹¹

10 FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999, p. 48.

11 FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999, p. 32-33.

Em razão disso, é inegável que se compreenda a relevância do sexo como eixo de disputa biopolítica, atuando como dispositivo tanto na disciplina do corpo e seu adestramento, como na regulação das populações. Com base nesse campo de disputa constitui-se uma miscelânea de micropoder e de macrobiopoder sobre os corpos, objeto de constante intervenção e controle estatístico. Por outro lado, é através do sexo que se tem acesso ao seu corpo na totalidade e, por consequência, a sua identidade. Esse movimento constitui-se em uma das grandes transformações do Século XIX, é neste momento que a antiga soberania, que fazia morrer e deixava viver, é transmutada na ideia oposta, em que se faz viver e se deixa morrer, surgindo como um direito novo, que não apaga o primeiro, mas o penetra.¹²

A partir dessa dispersão da sexualidade, e da sua configuração como objeto de disputa, é que se possibilitou uma série de discursos sobre as mais diversas “perversidades” da época, como hermafroditismo e homossexualidade. Nesse momento histórico, tornou-se possível um verdadeiro discurso “de reação”, especialmente em torno da homossexualidade. Logo, a sexualidade e o desejo se apresentam como um instrumento da engrenagem da vida humana que, como todos os demais, devem ser regulados de forma a dele se extrair o maior benefício possível, seja para o sujeito em si, quanto para a comunidade da qual se encontra incerto. Com o tempo e a ascensão dos regimes médicos ocidentais, produziu-se uma espécie de “patologização” do ato sexual, centrada nas doenças e “desvios” sexuais. Em contrapartida, a medicina greco-romana centrou-se no risco que o ato sexual é capaz de produzir no organismo, sendo “necessário restabelecer seu domínio por um ajustamento preciso unicamente com as necessidades da natureza”.¹³

Assim, a medicina aproximou-se da moral, convidando o sujeito a entender suas doenças e possíveis ameaças a sua saúde, através da perspectiva do cuidado de si. Nota-se, assim, a imediata vinculação que se estabelece entre sexualidade, gênero e biopolítica. A “biopolítica” propagada por Foucault (1999) caracteriza-se pela regulação da população por intermédio de saberes específicos e incorpora tecnologias de poder-saber como vigilância, classificação, hierarquização, punição e exame, compondo, também, o dispositivo da sexualidade. A sexualidade não é o elemento mais rígido nas relações de poder, mas é um dos dotados da maior instrumentalidade, sendo usado no maior número de manobras, e podendo servir de ponto de apoio, de articulação às

12 FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)**. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2005.

13 FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade III – o Cuidado de si**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

mais variadas estratégias. Não existe uma estratégia única, global, válida para toda a sociedade e uniformemente referente a todas as manifestações do sexo.¹⁴

Nesse cenário, o biopoder encontra-se inserido nas práticas discursivas higienistas, fundamentando-se em hierarquias e violências, em um contexto biológico, social e político denominado por Foucault como a “Era do biopoder”.

Trata-se de um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de urna população, etc. São esses processos de natalidade, de mortalidade, de longevidade que, justamente na segunda metade do século XVIII, juntamente com uma porção de problemas econômicos e políticos (os quais não retorno agora), constituíram, acho eu, os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica.¹⁵

Desse modo, com a emergência do biopoder e dos movimentos de reação a ele, o racismo emerge como mecanismo fundamental, inserindo uma espécie de corte: o corte entre o que deve viver e o que deve morrer. Com base nele, fragmenta-se o campo biológico, dividindo no interior da população, grupos e coletividades em detrimento de outros. Sob a perspectiva de Foucault, o racismo detém uma função higienista, na medida em que “a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura”.¹⁶ A morte, nesse contexto, desdobra-se em diversas facetas para além da literalidade e, embora tenha início no Estado Soberano, desenvolve-se e ganha impulso através da população. A partir daí, percebe-se um racismo que a sociedade exerce sobre ela mesma, um racismo interno voltado à purificação permanente e centrado na normalização social.

Tal narrativa é disseminada como um projeto civilizatório biopolítico, expondo suas facetas perversas e hostis, mais precisamente, em detrimento daqueles corpos “demarcados” por cisuras biopolíticas a partir dos recortes interseccionais de gênero, raça, classe, nacionalidade, *status*, entre outros. A inscrição nesses corpos configura-se enquanto um dispositivo biopolítico que inaugura processos de sacralização da vida e precarização de existências. Logo, sabe-se que o racismo surge a partir de uma relação

14 FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999, p. 98.

15 FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)**. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2005, p. 289-290.

16 FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)**. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2005, p. 305.

imaginária com o corpo, configurando uma espécie de corte e se constituindo socialmente em razão de condutas e violências, que se baseiam na diferença compreendida como estigma e estereotipação.

Nessa noção, Foucault estabelece a compreensão de que o racismo detém uma operacionalização específica:

Portanto, o racismo é ligado ao funcionamento de um Estado que é obrigado a utilizar a raça, a eliminação das raças e a purificação da raça para exercer seu poder soberano. A justaposição, ou melhor, o funcionamento, através do biopoder, do velho poder soberano do direito de morte implica o funcionamento, a introdução e a ativação do racismo. E é aí, creio eu, que efetivamente ele se enraiza.¹⁷

Do mesmo modo, as relações de controle sobre o corpo, construídas historicamente e socialmente, inscrevem-no como objeto de controle político, objetificando-os como corpos úteis ou inúteis, expressão propagada por Foucault. A corporeidade surge, nesse contexto, como um fenômeno complexo que demanda a interlocução entre as ciências sociais e humanas, assim como a medicina, constituindo-se na “interface entre o social e o individual, a natureza e a cultura, o psicológico e o simbólico”.¹⁸ Não abarca apenas a dimensão física do corpo, como também o imaginário corporal, as representações que se moldam no tempo e nas diferentes sociedades, sejam estas de caráter pessoal, social e cultural e, até mesmo, das suas próprias percepções sobre o corpo. Distancia-se, assim, de uma ideologia individualista sobre o corpo, abarcando uma maior complexidade construída a partir das múltiplas significações e atores.

Por essa razão, pode-se dizer que “o homem não é o produto do corpo, produz ele mesmo as qualidades do corpo na interação com os outros e na imersão no campo

17 FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)**. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2005, p. 309.

18 LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007, p. 92.

simbólico. A corporeidade¹⁹ é socialmente construída”.²⁰ Compreende-se como “matriz heterossexual” o sistema que corresponde aos discursos de gênero que sustentam a naturalização das estruturas tradicionais de sexo, gênero e desejos, apresentando, em seu contraponto, a necessidade atual de desconstrução de estruturas binárias e heteronormativas que conectam sexo, gênero, desejo. Sob o viés do discursivo hegemônico de inteligibilidade de gênero, entende-se que os corpos que fazem sentido são masculino para macho e feminino para fêmea, em um conceito estável e diametralmente oposto. Entretanto, esse modelo historicamente constituído nunca representou a realidade social e as discontinuidades do gênero denotam a incapacidade de se manter a falsa ideia de estabilização de gênero no arranjo social.

Entende-se que “nem o corpo nem o gênero, ou orientação sexual, são essências, mas construções sociais, acima de tudo pessoais e, portanto, revogáveis”.²¹ Sobre isso, a filósofa estadunidense Judith Butler questiona o fato de sexo e gênero serem apenas dois, do mesmo modo em que traz a tona a ideia de que o gênero seja produzido discursivamente a partir das relações de poder e, especificamente, em meio às restrições normativas que produzem e regulam os corpos por meio de uma matriz linguística. Para ela, o raciocínio é claro: do mesmo modo que o sexo não causa o gênero, o gênero também não pode ser entendido como expressão ou reflexo do sexo.²² Esse discurso trata-se meramente de consequências oriundas da repetição dos discursos e das normas que produzem e estabilizam os efeitos do gênero, bem como a materialidade do sexo.

Essa ordem regulatória e disciplinar dos corpos, é construída a partir de processos de materialização, que dizem respeito a um corpo imbricado de sentidos, valores, discursos que se materializam conforme instituições, leis, contratos em que é produzido. Por meio deste processo é estabelecido o regime binário (homem-mulher), que determina a normalidade de ser e agir, em diversos contextos sociais “tendo como principais partícipes, o estado, a igreja, a família, o capital, o direito, a medicina, a psicologia, mas

19 Sendo assim, conforme Le Breton: “em sociedades que permanecem relativamente tradicionais e comunitárias, o “corpo” é o elemento de ligação da energia coletiva e, através dele, cada homem é incluído no seio do grupo. Ao contrário, em sociedades individualistas, o corpo é o elemento que interrompe, o elemento que marca os limites da pessoa, isto é, lá onde começa e acaba a presença do indivíduo. [...] O corpo como elemento isolável da pessoa a quem dá fisionomia só é possível em estruturas societárias de tipo individualista, nas quais os atores estão separados uns dos outros, relativamente autônomos com relação aos valores e iniciativas próprias. O corpo funciona como se fosse uma fronteira viva para delimitar, em relação aos outros, a soberania da pessoa” (Le Breton, 2007, p. 30).

20 LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007, p. 18-19.

21 LE BRETON, David. **La sociologia del cuerpo**. Tradução Hugo Castignani. Siruela: Buenos Aires, 2018.

22 BUTLER, Judith. Problemas de gênero [recurso eletrônico]: feminismo e subversão da identidade. 16. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

também a mídia, a escola e a polícia”.²³ Assim sendo, em razão do poder exercido por essas instituições, qualquer “tentativa de distanciamento dessas ordens é punida com estigmas e discriminações que conferem a essas pessoas o lugar de cidadão de segunda categoria e sem importância social”.²⁴

É essencial que se compreenda a complexidade dos novos formatos de identidade de gênero que performatiza na pluralidade existencial humana, seja do ponto de vista da subjetividade construída pelos indivíduos, seja da perspectiva do assujeitamento de um indivíduo passivo constituído por diversas instâncias de poder exteriores a ele. Os corpos indesejados necessitam de uma identidade que os conecte a pessoas, que os identifique e os aproxime da sociedade, o que acaba por impulsionar as novas estéticas socialmente desejadas. Isso ocorre porque, ao mesmo tempo em que o corpo é um fator decisivo de individualização do sujeito, também é elemento crucial no processo de aprisionamento do homem em si mesmo, especialmente em um cenário de ausência de pertencimento psíquico àquele corpo físico. Cabe ao sujeito, na constituição e no reconhecimento de seu ser, encontrar-se enquanto sujeito conectado ao seu corpo, ao passo que cabe ao Estado e às instituições competentes, propiciar os instrumentos capazes de fazer do corpo um local de inclusão e de conexão, especialmente diante da explosão de demandas de diversidade incutidas nas biografias e cartografias humanas dos corpos trans.

Assim, o elemento de gênero é um arsenal de regras, convenções, sistemas normativos e práticas institucionalizadas que fabrica performaticamente os corpos que almeja narrar. Nesse sentido, a transexualidade se caracteriza por um conflito entre o corpo e a identidade de gênero e, por vezes, compreende um desejo de se adequar ao corpo do gênero autopercebido. Isso porque, existe uma ruptura entre o corpo e a mente, uma sensação de não reconhecimento em relação ao corpo físico, de se ter “nascido no corpo errado”. Por essa razão, o binômio macho e fêmea nem sempre corresponderá à verdade, na medida em que o corpo masculino pode não pertencer a um homem, assim como o feminino pode não corresponder a uma mulher. A identidade de gênero transcende às categorias tradicionais, mostrando-se fluida e mutante, perante a sociedade e, também, diante do próprio indivíduo.

Na dimensão da abjeção, Butler estreia a discussão sobre a vulnerabilidade dos corpos trans em razão dos arranjos normativos de gênero. Para a filósofa Judith Butler, aqueles que mantêm relação de coerência e continuidade entre gênero, sexo e desejo são

23 PERES, Wiliam Siqueira. Travestis: corpos nômades, sexualidades múltiplas e direitos políticos (pgs. 69 – 104). In: SOUZA, Luiz Antônio Francisco de; Et al. Michel **Foucault : sexualidade, corpo e direito**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.

24 PERES, Wiliam Siqueira. Travestis: corpos nômades, sexualidades múltiplas e direitos políticos (pgs. 69 – 104). In: SOUZA, Luiz Antônio Francisco de; Et al. Michel Foucault : sexualidade, corpo e direito. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011, p. 76.

denominados “Gêneros inteligíveis”, ao passo que os escapes à matriz heterossexual, inseridos no domínio do anormal, são chamados de “corpos abjetos”. Entende-se por abjeto tudo o que é descartado, expelido do corpo, na condição de elemento estranho a ele, sendo que “a construção do “não eu” como abjeto, estabelece as fronteiras do corpo, que são também os primeiros contornos do sujeito”.²⁵ Portanto, os corpos abjetos não estão tanto no campo da inteligibilidade quanto no da legitimidade existencial.²⁶

Cria-se um dilema imunológico, “un dilema que se vive de manera muy diferente dependiendo de dónde estamos y de cómo estamos socialmente posicionados, se es que estamos posicionados de alguna manera dentro del sentido operativo de la sociedad”.²⁷ Em contrapartida, movimentos de insurgência têm se rebelado contra todas as formas de inteligibilidade de gênero que produzem violências sistêmicas na totalidade do corpo social, com o objetivo de clamarem por uma vida vivível que tenha a potencialidade de viver, de se manter com vida, sob o desejo de viver.²⁸ Sob essa perspectiva, depreende-se com clareza, que o corpo constitui-se em uma demanda inerente ao cenário transexual, na medida em que tem o condão de exteriorizar o gênero autopercebido, seja por meio de procedimentos estéticos e medicamentosos, seja por meio da cirurgia de transgenitalização.

Esses corpos, para além das inscrições internas, deixa vestígios no contexto social vivenciado pelo sujeito, na medida em que “[...] expressam o seu modo vivente, o nível social, a adesão aos grupos religiosos, de esportes ou de outro segmento qualquer”, situação está ainda mais latente em um contexto de corpo transgênero.²⁹ Por outro lado, a dificuldade de acesso a bens e serviços de qualidade é elemento de exclusão e discriminação, seja nos campos de saúde, emprego, seguridade ou educação, ocasionando, assim, um processo de exclusão sob a exclusão, ou seja, uma dupla exclusão. As consequências imediatas são a fabricação de patologias sociais (exclusão, silenciamentos, violência, miséria, discriminação, etc.) e biológicas (doenças físicas e mentais) em detrimento dos corpos abjetos.

25 BUTLER, Judith. **Problemas de gênero [recurso eletrônico]**: feminismo e subversão da identidade. 16. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018, p. 169.

26 BUTLER, Judith. **Que Mundo es este?:** Fenomenología y pandemia. 1ª Edição. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Taurus, 2023.

27 BUTLER, Judith. **Que Mundo es este?:** Fenomenología y pandemia. 1ª Edição. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Taurus, 2023, p. 15.

28 BUTLER, Judith. **Que Mundo es este?:** Fenomenología y pandemia. 1ª Edição. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Taurus, 2023.

29 MAGALHÃES, Bóris Ribeiro de; SABATINE, Tiago Teixeira. A saúde como estilo e o corpo como objeto de intervenção (pgs. 133 – 154). In: SOUZA, Luiz Antônio Francisco de; Et al. Michel **Foucault : sexualidade, corpo e direito**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011, p. 150.

3. SAÚDE E BIOTECNOLOGIAS DE GÊNERO: NO CONTEXTO DA PERFORMATIVIDADE DOS CORPOS TRANS NO BRASIL

A Era da Farmacopornografia é um novo regime pós-industrial, global e midiático que configura-se em inúmeros “processos de governo biomolecular (fármaco) e semiótico-técnico (pornográfico) da subjetividade sexual, dos quais a pílula e a *Playboy* são dois resultados paradigmáticos”.³⁰ Posteriormente, durante a segunda metade do século XX, os dispositivos/mecanismos de tal regime serão instrumentalizados na seara da psicologia, da sexologia e da endocrinologia sobre a produção físico-corpórea. Nessa toada, a tecnociência concentra sua funcionalidade em uma engrenagem biopolítica que transforma radicalmente os conceitos “de psiquismo, libido, consciência, feminilidade, masculinidade, heterossexualidade, homossexualidade, interssexualidade e transexualidade em realidades tangíveis”.³¹ Assim, incorpora-se na discussão da matriz biopolítica, as biotecnologias de gênero no campo da saúde pública como projeto de produção e reprodução do corpo a partir do processo transexualizador como inscrição da biopolítica na Era da Farmacopornografia.

A saúde, do ponto de vista médico, é considerada um conceito amplo e aberto, abarcando não somente o bem estar físico, como também o mental e o social do indivíduo, estando intimamente conectada com o direito à vida sob a perspectiva da dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, é o entendimento da Associação Americana de Psiquiatria,³² que considera como indivíduo bem integrado aquele que detém um “autoconceito predominantemente positivo, volitivo e adaptativo; uma vida emocional rica, ampla e apropriadamente regulada”, sendo capaz de elaborar relações interpessoais saudáveis e se apresentar na comunidade como membro socialmente e profissionalmente comprometido. Essa faceta da saúde mental é, por si só, preocupante do ponto de vista dos transexuais, na medida em que se apresentam como sujeitos disruptivos em uma sociedade calcada em valores binários e patriarcais.

A inadequação é um sentimento de dentro para fora, mas também de fora para dentro, em um movimento cíclico, que condiciona ao mesmo tempo em que é

30 PRECIADO, Paul B. **Testo Junkie**: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. São Paulo: N-1 edições. 2018. p. 30.

31 PRECIADO, Paul B. **Testo Junkie**: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. São Paulo: N-1 edições. 2018. p. 31.

32 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; Revisão Técnica e Coordenação: Aristides Volpato Cordioli. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

condicionante. Sob essa perspectiva, a cirurgia de transgenitalização mostra-se como um canal de acesso aos direitos fundamentais, assim como se apresenta como instrumento identitário, social, essencial do ponto de vista da saúde social no que diz respeito à capacidade do sujeito trans de interagir e pertencer a grupos coletivos, ocupando seu lugar de direito nos espaços compartilhados brasileiros.

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge, nesse contexto, como ferramenta inerente à tutela do direito à saúde das pessoas trans no cenário brasileiro, especialmente diante do fato de que esses sujeitos, em sua maioria, fazem parte de um grupo vulnerável do ponto de vista socioeconômico, de modo a não ter acesso ao processo medicamentoso e cirúrgico senão por meio do SUS. Nesse contexto, o Processo Transexualizador foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria nº 1.707/2008 do Ministério da Saúde, nos termos da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.652/2002, ocasião em que trouxe a possibilidade de procedimentos como neocolpovulvoplastia,³³ bem como autorizou, a título experimental neofaloplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários. Nesse momento, a normativa fez referências expressas aos termos “distúrbios” e “transtornos” mentais ao tratar dos sujeitos habilitados ao processo transexualizador, estabelecendo, inclusive, requisitos mínimos para a definição de “transexualismo”. A seleção de pacientes dependia de avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, após, no mínimo, 2 (dois) anos de acompanhamento conjunto.³⁴

Algum tempo depois, a Portaria 2803/2013 do Ministério da Saúde redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), aprimorando o viés de cuidado no processo, em especial aos pacientes que desejavam a readequação para o fenótipo masculino, os quais, até então desatendidos pelo sistema público. Nesse sentido, estabeleceram-se diretrizes de assistência aos usuários do Processo Transexualizador no Sistema, tendo por base a integralidade da atenção a transexuais e travestis, para além das cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas. Objetivaram-se ações e serviços que tivessem como base o acolhimento e a humanização do atendimento livre de discriminação, a partir da sensibilização dos trabalhadores no que diz respeito às diferenças e à dignidade humana, estabelecendo-se uma série de medidas que visam a atenção integral ao paciente, por meio acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e pós-hormonioterapia.³⁵

33 Entende-se por neocolpovulvoplastia o procedimento cirúrgico que permite a mudança da genital masculina para a feminina.

34 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.652, de 02 de dezembro de 2002:** Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº1.482/97. 2002.

35 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013.** Redefine e amplia

Para tanto, a normativa estabeleceu a necessidade de acompanhamento mensal do usuário do Processo Transexualizador, consistente em até dois atendimentos mensais, durante o período mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 (um) ano no pós-operatório.³⁶ Por fim, sobreveio a Resolução CFM no 2.265/2019, que revogou a antecedente (Resolução nº 1.955/2010³⁷), e buscou transcender aos conceitos patológicos do transexualismo até então vigentes, especialmente a partir de uma normativa mais clara no que diz respeito à diversidade de gênero. Buscou-se, com a nova normativa, atualizar os ditames médicos em relação ao estágio das ações de promoção do cuidado às pessoas com incongruência de gênero ou transgênero, em especial da oferta de uma linha de cuidado integral e multiprofissional de acolhimento, acompanhamento, assistência hormonal ou cirúrgica e atenção psicossocial. Com base nesse intento, possibilitou-se o início da hormonioterapia a partir dos 16 anos de idade, estabelecendo-se o bloqueio hormonal e a hormonioterapia cruzada a partir do estágio puberal Tanner II (puberdade), exceto em relação aos pacientes que necessitem de tratamento com hormonioterapia cruzada por se tratar de doenças.³⁸

Desse modo, a hormonioterapia cruzada, a partir dos 16 anos de idade, demanda o acompanhamento ambulatorial especializado, tendo por base um Projeto Terapêutico Singular, elaborado com base em propostas terapêuticas articuladas, abrangendo as diretrizes estabelecidas pela equipe multiprofissional conjuntamente com o indivíduo submetido ao tratamento. Os protocolos cirúrgicos atualmente estabelecidos estabelecem a idade mínima de 18 anos para o que o Conselho Federal de Medicina denomina como “procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero”, sendo a hormonioterapia obrigatória no período pré-operatório.³⁹

Atualmente, os procedimentos cirúrgicos para a afirmação de gênero são os seguintes: 1. Procedimentos de afirmação de gênero do masculino para o feminino: 1.1 Neovulvovaginoplastia; 1.2 Mamoplastia de aumento; 2. Procedimentos de afirmação de gênero do feminino para o masculino: 2.1 Mamoplastia bilateral; 2.2 Cirurgias pélvicas: histerectomia e ooforectomia bilateral; 2.3 Cirurgias genitais; 2.3.1 Neovaginoplastia,

o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). 2013.

36 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). 2013.

37 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.265, de 09 de janeiro de 2019**. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010.

38 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.265, de 09 de janeiro de 2019**. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010.

39 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.265, de 09 de janeiro de 2019**. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010.

que pode ser realizada em conjunto com a histerectomia e ooforectomia bilateral ou em momentos cirúrgicos distintos; 2.3.2 – Faloplastias; 3. Outros procedimentos destinados a adequação corporal para a afirmação de gênero devem ser avaliados de acordo com o Projeto Terapêutico Singular.⁴⁰

Conforme dados encontrados no sítio do Governo Federal brasileiro,⁴¹ em novembro de 2023, atualmente, 9 (nove) hospitais atuam na Atenção Especializada No Processo Transexualizador, sob a Modalidade Hospitalar, no Brasil.⁴² No Estado de Goiás atuam o Hospital Das Clínicas de Goiás (habilitação em 2016) e o H

ospital Estadual Dr. Alberto Rassi (habilitação em 2023); no Estado de Minas Gerais: Hospital Universitário Da UFJF de Minas Gerais (habilitação em 2023); no Estado do Pará: Hospital Jean Bitar do Pará (habilitação em 2023); no Estado de Pernambuco: Hospital Das Clínicas de Pernambuco (habilitação em 2014); no Estado do Rio de Janeiro: Hospital Universitário Gaffree E Guinle do Rio de Janeiro (habilitação em 2023); no Estado do Rio Grande do Sul: Hospital De Clínicas (habilitação em 2023) e o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. (habilitação em 2023); no Estado de São Paulo: Hospital Das Clínicas De São Paulo (habilitação em 2016).

Importa ressaltar que o processo de habilitação para o processo transexualizador no SUS encontra-se em constante mudança, sendo que em janeiro do corrente ano, apenas 3 (três) hospitais estavam habilitados para o atendimento hospitalar e 10 (dez) unidades estavam habilitadas para o atendimento ambulatorial. Tal cenário implica em uma conjectura que denota a dificuldade de acesso ao processo de transexualizador, pela via do SUS, pela maior parte da população brasileira, na medida em que o país é dividido geograficamente em 26 (vinte e seis) Estados e o Distrito Federal, ao passo que o procedimento encontra-se em exercício em apenas 7 (sete) destes. Além disso, segundo a Associação Nacional de Travestis e Transexuais, as filas de acesso para a redesignação sexual superam os dez anos de espera atualmente.⁴³

Ademais, em que pese se vislumbram os avanços alcançados com as novas normativas brasileiras, percebe-se uma limitação ao direito à saúde do transgênero, na medida em que se faz necessário diagnóstico patologizante, ainda que hoje sob a

40 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.265, de 09 de janeiro de 2019**. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010.

41 BRASIL. Governo Federal. **Habilitar-se para realizar processo transexualizador**. 2023.

42 BRASIL. Governo Federal. **Habilitar-se para realizar processo transexualizador**. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/habilitar-se-para-realizar-processo-transexualizador>. Acesso em: 5 nov. 2023.

43 ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA). **Como acessar o SUS para questões de transição?**. 2020.

perspectiva da “Incongruência de gênero”, não configurando, mais, item dos “transtornos mentais, comportamentais ou de desenvolvimento neurológico” como outrora. A abordagem brasileira nada mais é do que um reflexo das normativas internacionais, tal qual a *Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD), chamada no Brasil de Código Internacional de Doenças (CID), editada e revisada pela *World Health Organization* (WHO), conhecida como OMS.

A 11ª revisão (CID-11) foi aprovada pelos Estados-Membros na 72ª Assembleia Mundial da Saúde, em 28 de maio de 2019, para entrar em vigor em 1º de janeiro de 2022, sendo a atual classificação compilada e atualizada com informações de mais de 90 países e envolvimento sem precedentes de prestadores de serviços de saúde, resultado de uma ação colaborativa entre médicos, estatísticos, analistas, e especialistas em tecnologia da informação, a fim de possibilitar a evolução de um sistema imposto aos médicos para um banco de dados de classificação clínica e terminologia verdadeiramente capacitadora, registrando e relatando estatísticas na saúde.⁴⁴

Com a nova Classificação mundial, a transexualidade passou a integrar o Capítulo 17 da CID-11, relativo às Condições relacionadas com a saúde sexual, enquanto “incongruência de gênero”, deixando de fazer parte do Capítulo 6, que aborda os transtornos mentais, comportamentais ou de desenvolvimento neurológico. Compreende-se por incongruência de gênero “uma incongruência marcante e persistente entre gênero experiente de um indivíduo e o sexo atribuído. Comportamento variante de gênero e preferências por si só não são uma base para atribuir os diagnósticos neste grupo”. Essa persistência deve ser contínua e por meses, não devendo ser atribuído o diagnóstico antes do início da puberdade. Ainda, a classificação explícita, ainda, características que denotam a incongruência de gênero na adolescência e vida adulta, tais como: uma antipatia forte ou desconforto com o sexo primária ou secundária do um características; um forte desejo de se livrar de algumas ou todas das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias; um forte desejo de ter as características sexuais primárias e/ou secundárias do sexo experiente.⁴⁵

Como justificativa a esse enquadramento, a OMS afirma que “há claras evidências científicas de que não se trata de doença mental, mas os cuidados de saúde a essa população podem ser oferecidos de forma melhor se a condição estiver dentro da CID”.⁴⁶ Essa novidade trazida pela OMS, vista por alguns como positiva, é objeto de críticas pela

44 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Versão final da nova Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID-11) é publicada.** 11 fev. 2022.

45 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The international classification of disease.** 11th rev. 2019.

46 BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **OMS retira transexualidade da lista de doenças e distúrbios mentais.** 22 de jun. 2018.

comunidade transgênero, na medida em que o direito, enquanto se basear na medicina, poderá incorrer no costume de tratar os corpos dos *trans* como um desvio sexual, como uma patologia. Sabe-se que em pesquisas voltadas à oitiva de travestis são frequentes os relatos de doenças psicológicas, tais como depressão, pânico, ansiedade, que perpassam, por muitas vezes, a questão corporal. A urgência (res)significação corporal é um relato frequente, ao passo que apresenta-se nesse contexto um horizonte de limites e possibilidades de produção e reprodução do corpo sob a perspectiva da biopolítica de gênero no contexto do processo transexualizador.

Em contrapartida, Berenice Bento critica o Processo transexualizador operacionalizado no âmbito do SUS brasileiro, a partir da premissa de que o procedimento se pauta na simbologia do “verdadeiro transexual”, em uma noção patologizante, que parte da medicalização dos sujeitos *trans* como pressuposto para o acesso à saúde especializada. Segundo ela, “no momento em que se quebra a determinação natural das condutas também se põe em xeque o olhar que analisa os deslocamentos enquanto sintomas de identidades pervertidas, transtornadas e psicóticas”.⁴⁷ Logo, “el género es performativo puesto que es el efecto de un régimen que regula las diferencias de género. En dicho régimen los géneros se dividen y se jerarquizan de forma coercitiva”.^{48 49} Assim, a dimensão da performatividade de gênero “implica que el discurso tiene una historia que no solamente precede sino que condiciona sus usos contemporáneos, y que esta historia, por su parte, descentraliza la idea presentista del sujeto como origen y como propietario de aquello que dice”.^{50 51}

No campo da saúde pública, sabe-se que os processos de transformação do corpo “envolvem elementos heterogêneos de complexidades que podem interferir nos direitos de acessos a bens e serviços de qualidades, ou ainda, de escolhas frente à proteção e garantias de vida”.⁵² Assim, percebe-se que “a natureza humana é um efeito da tecnologia social que reproduz nos corpos, nos espaços e nos discursos a equação: natureza =

47 BENTO, Berenice. *Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos*/Berenice Bento. - Salvador: EDUFBA, 2017. p. 17.

48 “O gênero é performativo porque é o efeito de um regime que regula as diferenças de gênero. Neste regime, os gêneros são divididos e hierarquizados de forma coerciva” (Tradução nossa).

49 BUTLER, Judith. *Críticamente subversiva*. In: JIMÉNEZ, Rafael M. Mérida. *Sexualidades transgresoras: Uma antología de estudios queer*. Barcelona: Icária editorial, 2002. p. 04.

50 “Implica que o discurso tem uma história que não apenas precede, mas também condiciona seus usos contemporâneos, e que essa história, por sua vez, descentraliza a ideia presentista do sujeito como origem e dono daquilo que diz” (Tradução nossa).

51 BUTLER, Judith. *Críticamente subversiva*. In: JIMÉNEZ, Rafael M. Mérida. **Sexualidades transgresoras: Uma antología de estudios queer**. Barcelona: Icária editorial, 2002. p. 04.

52 PERES, Wiliam Siqueira. *Travestis: corpos nômades, sexualidades múltiplas e direitos políticos* (pgs. 69 – 104). In: SOUZA, Luiz Antônio Francisco de; Et al. Michel **Foucault : sexualidade, corpo e direito**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. p. 70.

heterossexualidade”.⁵³ Sob essa perspectiva, o sistema heterossexual insere-se na trama histórica como mecanismo social de (re)produção da feminilidade e da masculinidade e operacionaliza-se a partir de uma codificação pautada “por divisão e fragmentação do corpo: recorta órgãos e gera zonas de alta intensidade sensitiva e motriz (visual, tátil, olfativa...) que depois são identificadas como centros naturais e anatômicos da diferença sexual”.⁵⁴

Acontece que a fim de dar prosseguimento ao seu projeto civilizatório de matriz heteronormativa, a estrutura regulatória detém uma operacionalidade a partir da fabricação de identidades sexuais e de gênero que necessitam serem incorporadas na instância da coerência. Em outras palavras, para contemplar as expectativas de masculinidade, o homem deve possuir um pênis e desejar o corpo de uma mulher, e para contemplar as expectativas da feminilidade, a mulher deve possuir uma vagina e desejar o corpo de um homem. O conflito dual torna-se insustentável quando vislumbrado a partir da performatividade dos corpos dissidentes em uma sociedade cromada.⁵⁵

Sob a égide da Era da Farmacopornografia, os processos de generificação biotecnológicos fabricaram transformações no horizonte do sexo e do gênero a partir da (re)produção dos corpos (a indústria da hormonização consumida pelos corpos trans, por exemplo). Aliado à biopolítica, um regime farmacopornográfico é instaurado, ou seja, “as fronteiras entre poder e subjetivação se tornaram borradas. As linhas de controle não mais atuam de fora dos corpos para dentro, mas de dentro do próprio indivíduo para fora”.⁵⁶ A vista disso, o farmacopoder é incorporado nas novas biotecnologias de gênero e tem sua gênese parida da instância biopolítica. Ademais, sabe-se que a Era Farmacopornografia constitui-se a partir da sofisticação dos processos biotecnológicos provenientes da indústria química e da manipulação hormonal.

De acordo com Paul B. Preciado, a narrativa biotecnológica produziu a concepção de gênero no final da década de 1940 no contexto das indústrias médicas e terapêuticas dos Estados Unidos com o objetivo de empregar as biotecnologias de transformação corpórea para a fabricação das subjetividades de acordo os preceitos binários de gestão biopolítica. Em contrapartida, esse conjunto de técnicas/procedimentos e mecanismos de intervenção nas subjetividades promove a flexibilidade do gênero que transcende

53 PRECIADO, Paul B. *Manifesto contrassexual*. Tradução de Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: N-1 edições, 2014. p. 25.

54 PRECIADO, Paul B. **Manifesto contrassexual**. Tradução de Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: N-1 edições, 2014. p. 25.

55 BUTLER, Judith. **Problemas de gênero [recurso eletrônico]:** feminismo e subversão da identidade. 16. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

56 OLIVEIRA, Kris Herik de. “Intensos encontros: Michel Foucault, Judith Butler, Paul B. Preciado e a teoria queer”. In: **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 29, n. 1, e67637, 2021. p. 11.

as lentes duais perpetradas pelo binário.⁵⁷ A respeito disso, é preciso pensar o projeto biopolítico da masculinidade e da feminilidade enquanto imprescindíveis para construir “estéticas de gênero, códigos normativos, de reconhecimento visual, convicções psicológicas invisíveis que levam o sujeito a se afirmar como masculino ou feminino, como homem ou mulher, como heterossexual ou homossexual, como cis ou trans”.⁵⁸

Logo, nessa epistemologia do corpo, o corpo trans é compreendido “para a anatomia normativa o que a África foi para a Europa: um território a ocupar e distribuir a quem pagar melhor. Os seios e a pele para a cirurgia estética, a vagina para a cirurgia estatal, o pênis para a psiquiatria ou para as anamorfoses de Lacan”.⁵⁹ Ademais, os dilemas da (hetero)sexualidade, “deve se reinscrever ou se reinstruir através de operações constantes de repetição e de recitação dos códigos (masculino e feminino) socialmente investidos como naturais”.⁶⁰ Por isso, na sociedade atual, em que a sofisticação das novas tecnologias ingressa no plano da ascensão no cenário sanitário da sociedade mundial, essas biotecnologias incorporam “a medicalização e tratamento de crianças intersexos, gestão cirúrgica da transexualidade, reconstrução e ‘aumento’ da masculinidade e da feminilidade normativas, regulação do trabalho sexual pelo Estado, boom das indústrias pornográficas”.⁶¹

Sobretudo, sob as lentes da biopolítica na Era da Farmacopornografia, constata-se que o processo transexualizador no Brasil é considerado uma biotecnologia de gênero que tem se potencializado no *locus* sanitário como mecanismo de (re)produção da performatividade e de ensaios corpóreos dos corpos trans. Nessa dimensão paradoxal, constata-se que o processo transexualizador é conduzido por uma potência de farmacopoder (instância advinda da biopolítica), à medida em que o processo transexualizador constitui-se a partir da sofisticação dos processos biotecnológicos provenientes da indústria química e da manipulação hormonal, igualmente apresenta-se enquanto um acesso à efetivação de direitos fundamentais em prol dos corpos trans, principalmente, do direito à saúde.

57 PRECIADO, Paul B. **Testo Junkie**: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. São Paulo: N-1 edições. 2018.

58 PRECIADO, Paul B. **Testo Junkie**: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. São Paulo: N-1 edições. 2018. p. 112.

59 PRECIADO, Paul B. **Eu sou o monstro que vos fala**. Tradução de Carla Rodrigues. Rio de Janeiro: Editora Zahar. 2022. p. 38.

60 PRECIADO, Paul B. **Manifesto contrassexual**. Tradução de Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: N-1 edições, 2014. p. 26.

61 PRECIADO, Paul B. Multidões queer: notas para uma política dos anormais. In: **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, 19(1): 312, janeiro-abril/2011. Cadernos de Gênero e Tecnologia, Curitiba, v. 14, n. 43, p. 52-73, jan./jun. 2021. p. 13.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transposição das fronteiras da sociedade fármaco-pornográfica requer um desvencilhamento do conjunto de taxonomias hierárquicas e universalizadas operacionalizadas pelos códigos dominantes da masculinidade e da feminilidade. Para além da lei do gênero, uma história dissidente que desafia o binarismo começa a ser narrada no palco civilizatório por intermédio de uma narrativa que destoa das ritualísticas das taxonomias sexuais e de gênero binárias. É que as fronteiras, através de discursos psiquiátricos, farmacológicos, psicanalistas, médicos e dos meios de comunicação, impõem a máxima de que fora do binarismo existe somente patologia e deficiência. Desse imbróglio que fabrica diagnósticos, formas de resistência e desvio entram em ascensão com o objetivo de despatriarcalizar e descolonizar o próprio corpo, renunciam o estatuto jurídico e político do corpo-homem e do corpo-mulher para assumir uma performatividade complexa e fluida na trama histórica.

No contexto biopolítico aliado ao *locus* da saúde, o processo transexualizador trata de uma série de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, os quais, no contexto do SUS, somente podem ser realizados nos estabelecimentos de saúde habilitados quando cumpridas as exigências estabelecidas pela Portaria do Ministério da Saúde, em estabelecimento de saúde cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que possuam condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos necessários, sendo, pois, regulados, controlados e avaliados por gestores de saúde. Ademais, os recursos financeiros para a realização dos procedimentos advêm do Ministério da Saúde, sendo condicionados à disponibilidade orçamentária e financeira.

Sob a perspectiva de que a saúde deve ser compreendida numa dimensão ampla e complexa que transcenda o binômio saúde/doença e ingresse no plano da plenitude existencial humana (bem-estar físico, mental e social), no Brasil, o processo transexualizador perfectibiliza-se enquanto um programa que está inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de um conjunto de estratégias de atenção à saúde humana, as quais apresentam procedimentos de multifacetados graus de complexidade com o objetivo de transformar a instância corpórea dos sujeitos trans de acordo com suas identificações de gênero. Dessa aquarela arquitetônica procedimental, as biotecnologias de gênero sofisticam-se de tal maneira que chegam a acoplarem-se nos corpos, nas temporalidades, nos espaços, nas relações, sobretudo, dão o tom do mundo real.

Os corpos, gêneros, sexos e sexualidades estão metamorfoseando de forma

radical, afirmam-se como instituições coletivas em que, simultaneamente, os sujeitos encarnam e encenam um enredo autêntico. Entretanto, a estética da diferença sexual dita um sistema normativo composto por códigos patriarcais, coloniais, capitalistas, heterossexuais, entre outros conteúdos hostis que mediatizam os corpos, enquanto projeto arditamente arquitetado, para naturalizar uma produção corporal calcada no binarismo. Logo, o *locus* da saúde é terreno fértil para se observar os limites e as possibilidades (ou pelo menos a tentativa) da transposição das fronteiras de gênero pelos corpos dissidentes por intermédio de pensar a operacionalização do processo transexualizador.

Sobretudo, todo esse enredo teórico pretende, audaciosamente, transpor as fronteiras de gênero em prol do reconhecimento dos multifacetados corpos dissidentes e suas nuances biográficas e cartográficas existenciais. A codificação hetero-patriarcal imposta pelo Estado que, paranoicamente, chancela a Era Farmacopornografia, sufoca as múltiplas formas de existência no mundo real, impõe normas, papéis e padrões para legitimar somente a vitalidade dos corpos que aderem ao binário (corpo-homem e corpo-mulher). Logo, vislumbra-se a operacionalização de um farmacopoder aplicado às novas biotecnologias de gênero, tal potência advém da matriz biopolítica de gestão de existências. Portanto, diante das biotecnologias de gênero no campo da saúde pública brasileira, constata-se que o processo transexualizador pode ser considerado um mecanismo de produção e reprodução do corpo enquanto inscrição da biopolítica na Era da Farmacopornografia, ou seja, converte-se em uma biotecnologia de gênero que produz novas performatividades aos corpos trans.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; Revisão Técnica e Coordenação: Aristides Volpato Cordioli. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/248320024/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf#scribd>.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA). **Como acessar o SUS para questões de transição?**. 2020. Disponível em: <https://antrabrasil.org/2020/07/27/como-acessar-o-sus-para-questoes-de-transicao/>.

Bento, Berenice. **Transviad@s**: gênero, sexualidade e direitos humanos / Berenice Bento. -

Salvador: EDUFBA, 2017.

BRASIL. Governo Federal. **Habilitar-se para realizar processo transexualizador**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/habilitar-se-para-realizar-processo-transexualizador>.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **OMS retira transexualidade da lista de doenças e distúrbios mentais**. 22 de jun. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/junho/organizacao-mundial-da-saude-retira-a-transexualidade-da-lista-de-doencas-e-disturbios-mentais>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html.

BUTLER, Judith. Críticamente subversiva. In: JIMÉNEZ, Rafael M. Mérida. **Sexualidades transgresoras**: Una antología de estudios queer. Barcelona: Icària editorial, 2002, p. 55 a 81. Disponível em: https://s3f91d19c1a5a6472.jimcontent.com/download/version/1492896226/module/6518319911/name/Criticamente_subversiva.pdf.

BUTLER, Judith. **Desfazendo gênero**. 1ª Edição. São Paulo: Editora Unesp, 2022.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero [recurso eletrônico]**: feminismo e subversão da identidade. 16. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

BUTLER, Judith. **Que Mundo es este?**: Fenomenología y pandemia. 1ª Edição. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Taurus, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.652/2002, de 02 de dezembro de 2002**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº1.482/97. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1652>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.265/2019, de 09 de janeiro de 2019**. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2265>.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade III – o Cuidado de sí**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)**. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2005.

LAURETIS, Teresa de. **A tecnologia do gênero**. In: HOLLANDA, Heloisa (Org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 206-241.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

LE BRETON, David. **La sociologia del cuerpo**. Tradução Hugo Castignani. Siruela: Buenos Aires, 2018.

OLIVEIRA, Kris Herik de. “Intensos encontros: Michel Foucault, Judith Butler, Paul B. Preciado e a teoria queer”. In: **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 29, n. 1, e67637, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/f8xM5gZFZxn9yZwxZbxd8Tt/?format=pdf&lang=pt>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Versão final da nova Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID-11) é publicada**. 11 fev. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/11-2-2022-versao-final-da-nova-classificacao-internacional-doencas-da-oms-cid-11-e#:~:text=A%20CID%2D11%20foi%20adotada,mortalidade%20e%20morbidade%20em%202022>.

PERES, Wiliam Siqueira. *Travestis: corpos nômades, sexualidades múltiplas e direitos políticos* (pgs. 69 – 104). In: SOUZA, Luiz Antônio Francisco de; Et al. **Michel Foucault : sexualidade, corpo e direito**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.

PRECIADO, Paul B. **Eu sou o monstro que vos fala**. Tradução de Carla Rodrigues. Rio de Janeiro: Editora Zahar. 2022.

PRECIADO, Paul B. **Manifesto contrassexual**. Tradução de Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: N-1 edições, 2014.

PRECIADO, Paul B. *Multidões queer: notas para uma política dos anormais*. In: **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, 19(1): 312, janeiro-abril/2011. *Cadernos de Gênero e Tecnologia*, Curitiba, v. 14, n. 43, p. 52-73, jan./jun. 2021. Página | 73 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v19n1/a02v19n1.pdf>.

PRECIADO, Paul B. **Testo Junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica**. São Paulo: N-1 edições. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The international classification of disease**. 11th rev. 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/en>.



Gostaria de submeter seu trabalho a **Revista Direito.UnB?**

Gostaria de submeter seu trabalho a Revista Direito.UnB?

Visite <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb>
e saiba mais sobre as nossas Diretrizes para Autores.

O CORPO IMPEDIDO DE CONSTITUIR FAMÍLIA: farmacopoder e parentalidade de pessoas trans

THE BODY FORBIDDEN FROM FORMING FAMILY:
PHARMACOPOWER AND PARENTHOOD OF TRANS PEOPLE

ALEXANDRE GUSTAVO MELO FRANCO BAHIA

Doutor em Direito (UFMG). Professor na UFOP. Bolsista de Produtividade do CNPq.

E-mail: alexandre@ufop.edu.br



Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5461-7848>

SAULO TETE DE OLIVEIRA CAMÊLLO

Mestrando em Direito pela UFOP. Especialista em Direito Civil Aplicado pela PUC-Minas. Membro efetivo da Academia Marianense de Letras, Ciências e Artes.

E-mail: saulo.camello@aluno.ufop.edu.br



Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3825-0799>

THAÍS ALCIONE SANTANA

Mestranda em Direito pela UFOP. Especialista em Direito Médico e Bioética. Especialista em Direito Civil e Processual Civil. Advogada.

E-mail: thais.alcione@aluno.ufop.edu.br



Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1315-9235>

RESUMO

Partindo da vertente jurídico-filosófica, o presente estudo analisa a parentalidade de pessoas transgêneros atravessando dispositivos de poder que se apresentam na contemporaneidade e se perpetuam através das políticas públicas de saúde LGBT, com foco na experiência de transgêneros masculinos e a abjeção de seus corpos, subjetividades e possibilidades. Para isso, o escrito utilizou-se de revisão bibliográfica apresentando as contribuições da Teoria *Queer* para propor reflexões sobre a necessidade de se (re)pensar o Direito de forma contra-hegemônica, a partir da superação da dicotomia igualdade-diferença para que se possa criar alternativas concretas à exclusão de sujeitos e o respeito à diferença pela diversidade, não por meio de igualdade formal ou mesmo meramente material.

Palavras-chave: Pessoas trans. Saúde. Direitos reprodutivos. Planejamento familiar. Diversidade.



Este é um artigo de acesso aberto licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações Internacional 4.0 que permite o compartilhamento em qualquer formato desde que o trabalho original seja adequadamente reconhecido.

This is an Open Access article licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License that allows sharing in any format as long as the original work is properly acknowledged.

ABSTRACT

From a legal-philosophical perspective, this study analyzes the parenthood of transgender individuals by examining power structures that manifest in contemporary society and persist through LGBT public health policies, with a focus on the experiences of transgender men and the abjection of their bodies, subjectivities, and possibilities. To achieve this, the study conducted a literature review, presenting contributions from Queer Theory to propose reflections on the need to (re)think Law in a counter-hegemonic way, overcoming the equality-difference dichotomy to create concrete alternatives to the exclusion of individuals and to respect difference through diversity, not merely through formal or even material equality.

Keywords: Trans people. Health. Reproductive rights. Family planning. Diversity

1. INTRODUÇÃO

O corpo acomoda, reflete e personaliza muito mais do que aspectos designados culturalmente no nascimento com vida de um sujeito, e isto é claro ao se estudar as variadas identidades diferentes da heterocisgênera que reivindicam o reconhecimento de seus corpos, tanto na esfera jurídica e política quanto do saber médico. O gênero é um fator de diferenciação dos seres humanos e repousa sob ocultamento de relações de poder⁵⁵, dá inteligibilidade aos corpos e institui as normas do feminino/masculino, fêmea/macho e, junto do saber médico, cria verdades biologizantes e a patologização de identidades dissidentes.

A heterocissexualidade compulsória⁵⁶ age como mecanismo de controle dos corpos a partir do estabelecimento de normas que regulam o sexo, as sexualidades e o gênero, ditando regras a partir de um padrão hegemônico e redutor de complexidades. Nesse sentido, o Direito e a Medicina andam de mãos dadas, uma vez que ambos são campos

55 Michel Foucault, em sua análise arqgenealógica sobre a rede de poderes e saberes, escreve que “O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui e ali, nunca está em mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas, os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder, e de sofrer sua ação; nunca são alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles” (1989, p. 183).

56 A Modernidade criou uma cisheteronormatividade compulsória, que exclui qualquer outra possibilidade de ser/existir (Pontes; Silva, 2018).

de saber-poder que impõem e “normalizam”/“normatizam” as únicas formas possíveis de ser/existir dos corpos, fazendo com que quem não se encaixa em seus quadros seja relegado à loucura, ao ilícito, à doença ou, de qualquer forma, à exclusão. O caso de pessoas transgêneras e a incompreensão de suas subjetividades implica em violação de seus direitos em termos de saúde e marca as evidências destas primícias.

Um exemplo da exclusão de pessoas trans do usufruto dos mesmos direitos de pessoas cisgênero está nas questões atinentes aos direitos reprodutivos e ao planejamento familiar, pois que estes são pensados e ofertados para estas últimas, deixando de lado a atenção às pessoas trans. Essa é uma forma de hierarquização das categorias reprodutivas, que se traduz em desigualdades, violações dos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, da igualdade e precarização dos serviços de saúde quanto às demandas daquele público.

O presente estudo atravessa esses dispositivos para problematizar a exclusão e a evasão de pessoas trans dos postos de saúde públicos e demais estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), passando pela necessidade de reformulação de políticas públicas em termos de acesso à saúde e necessidades básicas de pessoas trans, tomando os direitos reprodutivos e o planejamento familiar como algo que deve ser ampliado, já que deve contemplar as diversas formas de existência.

Analisar-se-ão questões atinentes à reprodução entre homens trans, que podem gestar e dar à luz, embora o processo transexualizador possa representar algumas barreiras. Essa realidade reivindica a urgência de uma visão para além da dimórfica⁵⁷, que, como dito, é/tem sido desde sempre o padrão.

O marco deste trabalho são os relatos de pessoas transmasculinas na busca por acesso à saúde reprodutiva e o exercício da parentalidade, valendo das contribuições da Teoria *Queer* para delinear a possibilidade do Direito ser usado e interpretado de forma contra-hegemônica, utilizando uma perspectiva jurídico-filosófica para (re)ver e (re)pensar os sistemas de justiça e de saúde pública, que são parte das reivindicações destes sujeitos.

2. O CORPO-ABJETO NA ERA DO FARMACOPODER

O acesso à saúde de sujeitos designados por Guilherme Calixto Vicente (2020) como “homens transgêneros”, “boyceta” ou “homens com vagina”, é precário e marcado por estigmatizações. Essa população ainda enfrenta pouca visibilidade, já que “grande

⁵⁷ Berenice Bento (2006, p. 106) sugere que “a transexualidade está relacionada ao dimorfismo”, que atribui “à vagina, ao pênis e aos seios, partes privilegiadas na definição da verdade dos sexos”.

parte da sociedade desconsidera a possibilidade de transição de gênero do feminino para o masculino devido ao falocentrismo associado às representações de masculinidade” (Vicente, 2020, p. 26).

Embora o processo de transição de gênero possa representar barreiras, pessoas trans em geral (e, especificamente aqui tratado no texto, pessoas transmasculinas) podem engravidar “caso não tenham realizado a histerectomia ou a cirurgia de transgenitalização; interromperam ou nunca iniciaram o tratamento hormonal; não utilizam contraceptivos; e há também os que desejam engravidar” (Monteiro, 2021, p. 31). Além disso, existem relatos de homens trans que engravidaram mesmo fazendo uso de hormônios. Havendo a possibilidade de um homem gestar há que se perguntar: a sua fertilidade faz parte do protocolo médico da transgeneridade? Direitos reprodutivos são ofertados para essa população? E como se dá acesso ao planejamento familiar de núcleo familiar transgênero?

Antes disso, no entanto, se faz necessário perceber os estigmas que historicamente esses sujeitos carregam e encarar o fato de que “a gravidez também deve ser pensada dentro de um contexto que envolve relações de poder, relações de gênero e acesso à saúde” (Monteiro, 2018, p. 53). Berenice Bento (2006, p. 16) aduz que devem ser colocadas em pauta as “articulações históricas e sociais que produzem corpos-sexuados e que têm na heterossexualidade a matriz que confere inteligibilidade ao gênero”. Dessa maneira, antes de responder sobre a construção de uma agenda comum entre reprodução e planejamento familiar, analisar-se-á a universalidade do sujeito transgênero que enseja políticas de tratamentos supostamente válidos a partir de uma “dicotomia natureza (corpo) *versus* cultura (gênero)”, que não possui sentido algum pois “não existe um corpo anterior à cultura, ao contrário, ele é fabricado por tecnologias precisas” (Bento, 2006, p. 17).

João Nery (2011), em sua obra autobiográfica *Viagem Solitária*, narra sua experiência com a construção das “masculinidades” a partir da diferenciação dos corpos entre o binarismo de gênero, escrevendo sobre os efeitos da cisnormatividade e do cissexismo que o fazia sentir-se diferente.

Os saltos iam me deixando com uma compleição mais máscula. Fortaleci-me bastante, tanto física quanto emocionalmente. Comecei então a reagir ao crescimento natural e grotesco do meu corpo. Felizmente, não me acomodei. Considero sadio o fato de ter lutado sempre contra esses inimigos tão capciosos, em vez de me entregar à apatia ou desespero. Meu rudimentar recurso era esmurrar os seios, até onde conseguisse suportar a dor. [...] Uma das consequências deste nascimento “não-grato” foi que desenvolvi uma postura arqueada. [...] Quanto à monstrosidade, igualmente usava métodos violentos. Ignorava eventuais cólicas. Bastava surgirem para eu ir fazer ginástica ou saltar. Era como provar que eu

podia ser mais forte do que o que acontecia comigo, à revelia. Um desafio. (Nery, 1984, p.41-42).

O trecho marca o sofrimento de um homem trans com a estilização do próprio corpo por não o considerar masculino dentro da perspectiva hegemônica que lhe é atribuída nos discursos de uma verdade biológica do sexo-gênero e nas formações proteicas dos corpos (Preciado, 2018). Ao se colocar como transhomem, João Nery se torna um articulador das subjetividades para promover o entendimento de que as genitálias não constroem o gênero. Toda a dificuldade enfrentada historicamente por pessoas trans se circunscreve ao fato do Direito e da Medicina estabelecerem identidade necessária entre genitálias e o sexo atribuído no nascimento. A obra retrata as dificuldades vividas no tempo da ditadura militar brasileira, em que não era possível realizar a cirurgia de transgenitalização, trocar de nome e o sexo na documentação, além de uma extrema repressão política, social e cultural. Vale anotar que Roberto Farina, o médico que realizou a cirurgia em João Nery, havia antes realizado a primeira cirurgia de transgenitalização em uma mulher trans e por causa disso foi processado por lesão corporal (Bento, 2008).

Paul B. Preciado (2018) apresenta uma virada de chave para a Teoria Queer ao indagar sobre a criação de sistemas normalizantes de gênero que estabelecem padrões moleculares e higienizados⁵⁸ que surgem com o capitalismo moderno, denominado pelo autor como biocapitalismo⁵⁹. Esses padrões desafiam todos os corpos, principalmente os que desejam realizar a transição de gênero, mas não só estes, pois os sistemas normalizantes moleculares afetam também pessoas cisgênero que muitas vezes se submetem a procedimentos de (re)afirmação de gênero, já que os padrões moleculares das masculinidades e feminilidades, na era da farmacopornografia, passam a ser alcançados com cirurgias plásticas, musculação, substâncias para aumentarem o gasto calórico, anabolizantes como testosterona ou estrógeno, que dão forma a um poder contemporâneo que emoldura o corpo. João Nery, no trecho acima, menciona essas práticas de produção em torno de sua identidade para obter o corpo másculo através de atividades físicas e se pode notar os pressupostos bioquímicos e biopolíticos que Preciado identifica:

58 Preciado (2018, p.85) denomina a era farmacopornográfica para tratar da política econômica em torno das tecnologias biomoleculares, digitais e de transmissão de informações que se infiltram nos nossos corpos e interpenetram a vida cotidiana, em que são criados sistemas normalizantes moleculares de gênero.

59 O biocapitalismo na era farmacopornográfica se trata da relação entre bio, poder e tecnologia em torno das produções de subjetividade e corporeidades. (Preciado, 2018).

Depois da Segunda Guerra Mundial, a cartografia sexual do Ocidente, caracterizada pelo dimorfismo sexual e sua classificação de sexualidades normais e desviantes, saudáveis ou deficientes, torna-se dependente da gestão legal e comercial das moléculas essenciais para a produção dos fenótipos (sinais externos) que culturalmente reconhecemos como femininos ou masculinos (pelo facial, tamanho e forma dos genitais, tom de voz etc), assim como da gestão tecnopolítica de reprodução da espécie e do controle farmacopornográfico de nosso sistema imunológico e de sua resistência à agressão, à doença e à morte. (Preciado, 2018, p. 123).

A hormonionormatividade, conceito proposto por Rainer Bonfim (2022, p. 85), com base nas ideias de Preciado, sugere que “a regulamentação do gênero a partir de substâncias bioquímicas como ficções sexopolíticas [...] tem a finalidade de ditar quais corpos podem ou não integrar um determinado contexto”, regulamentando, assim, os corpos que vão ter acesso à saúde, assim como quais políticas serão desenvolvidas em termos de saúde para essa população, em um caráter universalizante, sendo que estes biodispositivos servem para controlar também a reprodução (Bonfim, 2022).

Essa hormonionormatividade, bem como os biodispositivos, são aplicáveis à realidade que circunscreve as políticas universalistas em torno da saúde de pessoas LGBT, fazendo com que as políticas públicas para as pessoas trans foque apenas na readequação de gênero (através da terapia hormonal ou das intervenções cirúrgicas) ou na prevenção/tratamento de HIV, uma conduta médica que se parte da estigmatização da comunidade LGBT, como anota Apolo Arantes:

Considerar a gestação transmasculina perpassa compreender que o próprio processo transexualizador precisa ser reavaliado e que a falta de estudos referentes ao uso contínuo da testosterona é um problema para nossa população. A própria obstetrícia trata a gestação diante de uma abordagem pouco científica, medicalizando sem evidência concreta de eficiência e necessidade, retirando toda autonomia da pessoa gestante e atrelando termos completamente equivocados para se referir a questões de gestação, parto e amamentação. É preciso também considerar o peso do estigma da medicina sobre questões como IST/AIDS e a população trans - esse atraso de repensar as condutas médicas pautadas no estigma, além de produzir violências gigantescas para a população trans, não garante a eficiência do atendimento em saúde. (Arantes, 2023, p. 105-106).

No Brasil, o direito de pessoas trans de obterem a adequação de seu corpo com sua identidade de gênero vem sendo garantido através de normas do Conselho Federal de Medicina e do SUS. O Protocolo Transexualizador no âmbito do SUS foi redefinido e ampliado a partir de Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013, do Ministério da

Saúde, e desde então tem sido o foco das políticas públicas em termos de saúde que se voltam para o cuidado da população transgênero no sistema de saúde brasileiro, representando o controle molecular-informático dos corpos em que o saber médico assume a definição da verdade sexo-gênero, deixando evidências de que a medicina não consegue compreender a dimensão discursiva e orgânica do gênero, e na prática se ocupa somente em apresentar uma solução para normalizá-lo através da readequação do sujeito para dentro da categoria feminino/masculino.

O sucesso da indústria tecnocientífica contemporânea consiste em transformar nossa depressão em Prozac, nossa masculinidade em testosterona, nossa ereção em Viagra, nossa virilidade ou esterilidade em Pílula, nossa aids em triterapia, sem que seja possível saber quem vem primeiro (Preciado, 2018, p.37).

Em 1997, através da Resolução n. 1.482, o Conselho Federal de Medicina autorizou, pela primeira vez, a realização de cirurgias de transgenitalização em pessoas trans, sob o princípio de que o paciente transexual é portador de desvio psicológico e permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação ou auto-extermínio. Por muito tempo o Estado submeteu pessoas trans a uma patologização sistemática que não dava lugar de reconhecimento à experiência transexual (Bento, 2006 e Silva, 2021), isto justamente em função da rede de poderes e saberes que interpreta de maneira binária os corpos e assim encobre o processo de naturalização das violações perpetradas pelos sistemas do Direito e da Saúde.

2.1 REPRODUÇÃO E PLANEJAMENTO FAMILIAR: QUEM PODE CONSTITUIR FAMÍLIA?

De igual maneira, os dispositivos de poder organizam quem pode constituir família, reproduzir e criar filhos, também quem pode estudar, trabalhar e, no limite, até quem pode ou não viver, como afirma Butler: “a sexualidade deve se prestar às relações reprodutivas e que o casamento, que confere estatuto legal à forma de família [...] é concebido de modo a dever assegurar essa instituição” (2003, p. 211), de maneira que essa instituição patriarcalizada e heterocisnormativa permaneça em equilíbrio.

Nessa perspectiva, homens com vagina, por óbvio, fogem à norma heterocisgênero reprodutiva e abalam as instituições patriarcalizadas, se tornam alvo de violência institucionalizada, exclusão social e esterilização simbólica. A norma do gênero e sexualidade que lhes é imposta culturalmente se respalda na heterocisnormatividade

e no binarismo, que considera o corpo como um substrato natural sobre o qual incide a atribuição cultural do gênero e que serve ao propósito de abrir margem para a reinvenção dos papéis sociais atribuídos a homens e mulheres, este primeiro sempre em posição privilegiada dentro de uma instituição familiar. Sobre isso, pessoas trans reivindicam uma ruptura:

Se meu gênero tem algo a ver com a masculinidade, todo o meu corpo tem, inclusive meus seios e vagina. É cissexista atribuir a essas partes do corpo, tidas como sexuais, à feminilidade e/ou à mulheridade. Pessoas cis designam as partes dos próprios corpos, mas também de outros. Sendo partes do meu corpo, eu decido quais performances, nomes e categorizações dou a elas. Tudo bem, então, sexo masculino - se bem que eu acho meio tosco dizer que órgãos genitais são masculinos ou femininos, mas enfim. (Vicente, 2020, p. 5).

O autor, no prefácio de sua pesquisa autoetnográfica, relata sua experiência ao procurar o posto de saúde de seu bairro, e expõe uma compreensão que significa muito do que vem sendo reivindicado por homens trans em termos de compreensão de seus corpos a partir da superação do dimorfismo sexual:

[...] o SUS compreende e considera o meu raciocínio? E, se o faz, como ele diferencia os corpos testiculados, ovariados ou intersexo (assim que deveríamos chamar, e não 'masculino' ou 'feminino') um dos outros, independentemente de gênero? Porque, no fim das contas, estamos falando de saúde, de algo que tem a ver com o corpo, o metabolismo, e esses três modos de ser diferem um dos outros (sobretudo o intersexo, que é múltiplo por si só). Pensando bem, corpos ovariados que fazem uso de hormonização com testosterona são diferentes de corpos ovariados que fazem uso de hormonização com estrogênio ou progesterona, por exemplo, então talvez tenhamos que pensar inclusive dentro dessas categorias. Em outras palavras, o corpo e o funcionamento do corpo de um homem trans, boyceta ou pessoa não binária com vagina que aplicam testosterona é diferente do corpo e do funcionamento do corpo de uma mulher cis que utiliza anticoncepcional. Será que isso tem implicações médicas a ponto de termos de diferenciar um do outro, ao invés de tratar a ambos unicamente como 'corpos ovariados'? E as mulheres trans que fazem cirurgia de construção de uma vagina? Ou os homens trans que fazem cirurgia para construir um pênis? O homem trans deixa de ter ovários, mas não passa a ter testículos. A mulher trans deixa de ter testículos, mas não passa a ter ovários. Como operacionalizar biopoliticamente esses corpos em sistemas de saúde, sobretudo os públicos? Como fazer meu corpo simplesmente existir tal como ele é no SUS? E quais as implicações disso ainda não ser uma realidade? (Vicente, 2020, p. 5-6).

A análise de Guilherme tangencia a discussão proposta neste artigo e lança a mão de questionamentos relevantes para a construção de uma agenda que de fato compreenda

a população transmasculina, a partir do esclarecimento do funcionamento de seus corpos e dos processos de transformação a partir das terapias de readequação sexual, já que na realidade a infertilidade não é pressuposto para passar por procedimentos de readequação de gênero, e por isso, urge a necessidade de se pensar na oferta de direitos reprodutivos à população de homens trans.

O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT (Brasil, 2009) trouxe algumas diretrizes sobre o assunto, como garantir os Direitos Sexuais e Reprodutivos, bem como o atendimento de qualidade e não discriminatório, a qualificação da atenção no que se tange aos direitos sexuais e reprodutivos e o acesso universal à reprodução humana assistida. Entre as ações para a agenda de construção desses objetivos, Mônica e Mara (2017), destacam o item “d” que consiste em “reconhecer e incluir nos sistemas de informação do serviço público todas as configurações familiares constituídas por lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, com base na desconstrução da heteronormatividade” (Brasil, 2010, p. 121). Apesar do que diz o Plano, no entanto, o acesso de pessoas trans a tais direitos vem sendo sistematicamente negado.

2.2 TECENDO ALGUMAS DISCUSSÕES SOBRE A PARENTALIDADE TRANS

Boa parte das pessoas tendem a buscar a filiação e constituição de uma família, e deve-se encarar o fato de que não só corpos femininos vão gestar. A terapia hormonal, apesar de apresentar barreiras, não representa esterilização para o homem trans. O saber médico não pode presumir que uma pessoa trans masculina nunca buscará gestar, já que a esterilidade não faz parte do Protocolo Transexual. Não é pré-requisito ser infértil para ser trans. A gravidez de uma pessoa trans masculina não deve invalidar sua identidade de gênero.

Dar lugar a este debate impõe que se reflita acerca das categorias essencialistas do que dão inteligibilidade ao exercício da parentalidade, também em comando da cisgeneridade. Há que se ressaltar o relato da pesquisadora Anne Monteiro, que demonstra a invisibilização do assunto no meio acadêmico:

A partir de uma revisão de literatura sobre homoparentalidade e parentalidade trans, mostro que os estudos sobre homoparentalidades estão marcados, sobretudo, pelas discussões que giram em torno da filiação (adoção e novas tecnologias reprodutivas) ou da conjugalidade (“polêmica do casamento gay”). Contudo, a noção de homoparentalidade faz, majoritariamente, referência a identidade sexual (gay ou lésbica) dos pais/mães ou dos côjuges, o que não dá

conta das transmasculinidades. Durante a pesquisa de campo constatei que alguns homens trans ao estarem em relacionamentos sexo-afetivos com mulher [...] se identificam enquanto heterossexuais, o que não corresponde, portanto, a ideia da homoparentalidade. (Monteiro, 2018, p.39-40).

Dito isso, é importante tomar nota da necessidade de se entender as diferentes dimensões que performatizam a produção das parentalidades a partir das identidades transgênero, sendo elas hetero ou homo-cisgêneras e hetero ou homo-transgêneras, para que as consequências no campo de definições de parentesco não sirvam a normatizações essencialistas. A heterossexualidade trans pode existir, bem como também pode existir a homossexualidade trans; a existência plural das identidades e orientações sexuais precisa ser tratada a partir de suas especificidades, experiências e identidades para que, no campo do parentesco, possam conquistar avanços nas posturas médicas que tratam os temas da reprodução, do corpo humano e na esfera legal do reconhecimento das relações parentais ensejadas de forma sexual ou via tecnologias.

A paternidade de uma pessoa trans exige uma ruptura ao que é culturalmente entendido como masculino e feminino, quanto mais estando frente à possibilidade de gestação por um homem trans e o exercício da parentalidade, impondo uma (des) construção dos conceitos de pais e mães. Para isso, são necessárias políticas públicas que facilitem e acolham este público nos serviços de saúde, profissionais capacitados para suas necessidades, e a reformulação de dispositivos legais que se baseiam na cisgeneridade⁶⁰.

Em termos jurídicos se nota também uma dificuldade de lidar com as demandas da diversidade⁶¹, contudo os escritos de Weber, Veronese e Martins (2015, p. 25) elucidam algumas questões dizendo que “ao transexual é assegurado o direito de sua identidade registral estar de acordo com a realidade psíquica e social do indivíduo”. Neste sentido, “no caso do transexual masculino que fizer a gestação, este deve ser registrado como pai,

60 O que pesquisas mostram, ao revés, é que boa parte dos profissionais da saúde não têm formação para receber pessoas LGBT+ em seus consultórios e, em geral, adotam um/ou mais desses discursos: (i) indiferença às particularidades de demandas da pluralidade que envolve a minoria; (ii) não-saber, isto é, a alegação de que não tiveram formação e, logo, não poderiam ser responsabilizados; (iii) que o problema é que os LGBT+ é que, na verdade, não querem/não têm interesse em questões de saúde. Sobre isso cf. Paulino; Rasesa; Teixeira (2019).

61 Como já dito em outro lugar, sobre as (im)possibilidades do Direito lidar com as demandas de pessoas LGBTI, vale lembrar que “todas as questões postas e tantas outras que servem de barreiras para a plenitude de direitos dos LGBTI estão intimamente ligadas a um Direito ainda marcado por suas origens (branco, heterossexual, cisgênero, enfim, racionalista-europeu-ocidental) e acabam por mostrar também a dificuldade que alguns países têm em aprovar legislações de promoção de direitos, seja para estender-lhes os mesmos direitos que outros já têm, seja para criminalizar formas de violência que aqueles sofrem de forma específica” (BAHIA, 2020, p. 17).

enquanto que sua parceira deve ser registrada como mãe” (Weber; Veronese, Martins, 2015, p. 26). Assim, o direito identitário de cada um dos envolvidos estaria protegido, de modo que se “o registro público se constasse em seus assentamentos fato diverso que não o supramencionado, [...] não retrataria a situação factual dos envolvidos” (Weber; Veronese, Martins, 2015, p. 26).

3. SAÚDE REPRODUTIVA E PLANEJAMENTO FAMILIAR NAS CONCEPÇÕES NORMATIVISTAS

O Direito à saúde não compreende somente o acesso às políticas públicas de saúde, mas também o direito ao planejamento familiar, quando evidenciada a saúde reprodutiva – vale lembrar desde logo que o Sistema Único de Saúde é estruturado em alguns princípios, como a universalidade de atendimento e também a equidade, o que implica o dever de alcançar a todas/os de forma homogênea, e, ao mesmo tempo, se atentar para necessidades específicas de grupos: no caso do atendimento de pessoas trans, por exemplo, as políticas de planejamento familiar um e outro princípios vêm sendo violados.

No âmbito da saúde para a população LGBTQ+ e, especialmente, para as pessoas trans, são percebidos avanços a passos lentos, o que torna evidente a marginalização e a higienização desses corpos percebidos como indesejáveis (corpo abjeto). Além disso, quando pensados direitos para a população trans, o que se percebe, é a invisibilidade no tocante às suas verdadeiras necessidades, ressaltando o processo transexualizador como se fosse a única das demandas de saúde de pessoas trans (Angonese; Lago, 2017).

Em que pese as políticas públicas e documentos governamentais que apresentam o intuito de proteger especificidades da comunidade trans, “no mundo concreto das políticas públicas os sujeitos continuam a ser pensados universalmente” (Mello; Gonçalves, 2010, p.169), de maneira que seus corpos não são inteligíveis pela matriz heterocisnormativa tomada em uma contexto universal, e por isso relegados a uma “esterilidade simbólica” quando tratamos de direitos reprodutivos.

Como construir, então, políticas universalistas que contemplem as singularidades de grupos que não são reconhecidos no ideal universal de sujeitos de direitos? Como assegurar equidade e inclusão quando a sociedade não reconhece como inteligíveis pessoas que não se conformam aos ideias de coerência binária que organizam a vida social (homem x mulher, branco x negro, homossexual x heterossexual, jovem x velho, entre tantos outros), especialmente se a subversão da norma se dá numa perspectiva interseccionada. (Mello; Gonçalves, 2010, p.170).

Daí se dá a necessidade de uma abordagem no tocante ao reconhecimento dos direitos reprodutivos a partir de Convenções Internacionais e dispositivos infraconstitucionais ao longo do tempo que não devem ser interpretados e entendidos de forma reducionista, para que então se possa problematizar a discussão jurídico-dogmática no que se tange ao planejamento familiar para pessoas trans e o reconhecimento de direitos que contribuam não só com uma isonomia formal, mas que os compreendam como novos sujeitos de direitos e reconheça suas especificidades.

3.1 O RECONHECIMENTO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS COMO DIREITOS HUMANOS

O reconhecimento dos direitos humanos e, conseqüentemente, dos direitos fundamentais, se deu a partir da Segunda Guerra Mundial, período marcado por um tempo de atrocidades cometidas contra o ser humano. No período pós-guerra, em virtude do crescimento populacional, questões que anteriormente não eram alvo de discussões passaram a ter importância e atenção, como as discussões demográficas, planejamento reprodutivo e métodos contraceptivos para mulheres. Além disso, a existência dos direitos reprodutivos advém de lutas das minorias, especificamente em virtude das reivindicações dos movimentos feministas.

Diante deste cenário, alguns questionamentos e manifestações por reconhecimento de direitos passaram a ser objeto de discussão, sendo evidenciadas, em um primeiro momento, manifestações dos movimentos feministas pela busca de direitos, o que ainda é um grande desafio quando se fala em mulheres cisgênero. Falar-se então, em reconhecimento dos direitos reprodutivos relacionados à população trans é, então, ainda mais complexo.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994, também conhecida como Conferência de Cairo, contou com a participação de 179 países e abordou temáticas para a promoção da igualdade de gênero, acesso à saúde sexual e reprodutiva, bem como o planejamento familiar. Esse evento possui grande importância para o reconhecimento dos direitos reprodutivos, uma vez que a partir dele surgiu o conceito de saúde sexual reprodutiva, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS):

7.2 A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde

reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. (...).

Esse conceito pode ser compreendido como a autonomia da tomada de decisão acerca dos direitos reprodutivos, de forma livre, sem quaisquer tipos de discriminações e violência, optando pelo exercício positivo ou negativo pela procriação.

Essa Conferência foi responsável por evidenciar os direitos reprodutivos como uma questão atinente ao âmbito dos Direitos Humanos, sendo um marco histórico diante das discussões sobre os aspectos da vida humana. Embora louvável esse reconhecimento, há que se apontar que, no relatório da Conferência, houve a limitação – gramatical – do binarismo, diante do reconhecimento do gênero feminino e masculino no conceito apresentado. Ainda assim, é importante reforçar que, mesmo parecendo reducionista, o texto da Conferência não deve ser percebido como limitante de direitos, podendo (e devendo) ser reinterpretado para alcançar novos sujeitos de direitos. Vale dizer que tal interpretação deve/deveria se dar em conjunto com os Princípios de Yogyakarta⁶², que compreende a orientação sexual como “a capacidade de cada pessoa de experimentar uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gêneros diferentes, do mesmo gênero, ou de mais de um gênero” (CNCD/LGBT, Resolução n. 11/2014), enquanto a identidade de gênero como:

a experiência interna, individual e profundamente sentida que cada pessoa tem em relação ao gênero, que pode, ou não, corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo-se aí o sentimento pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive o modo de vestir-se, o modo de falar e maneirismos (CNCD/LGBT, 2014).

Imperioso evidenciamos também o documento da Organização das Nações Unidas (ONU) intitulado de “*Born Free and Equal: Sexual Orientation and Gender Identity in International Human Rights Law*” que recomenda aos Estados o cumprimento dos cinco

62 Os Princípios de Yogyakarta são um documento de manifestação internacional que demonstra a necessidade de incluir toda a comunidade LGBTQIAP+ como sujeitos dos direitos humanos.

passos, dentre eles, proibir a discriminação com base na orientação sexual e identidade de gênero, que deve ser também aplicado às normas e políticas públicas acerca de direitos reprodutivos e planejamento familiar:

- 1) Proteger as pessoas da violência homofóbica e transfóbica; 2) Prevenir a tortura e o tratamento cruel, desumano e degradante às pessoas LGBTI em detenção através da proibição e punição de tais atos, garantindo que as vítimas sejam socorridas; 3) Revogar leis que criminalizam a homossexualidade, incluindo todas as leis que proíbem a conduta sexual privada entre adultos do mesmo sexo; 4) Proibir a discriminação com base na orientação sexual e identidade de gênero; e 5) Proteger as liberdades de expressão, de associação e de reunião pacífica para as pessoas intersexo e LBGT. *grifo nosso* (ONU, 2013).

Outra Conferência de grande importância trata-se da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1995, em Pequim, na China, que tratou de ações para a promoção da igualdade, desenvolvimento e paz, afirmando os direitos das mulheres como direitos humanos a partir de ações para a garantia desses direitos. A mesma crítica é feita em relação às pessoas destinatárias dessa Conferência, pois que, igualmente, se dirige apenas a mulheres cisgênero.

Tanto a Conferência de Cairo quanto a Conferência de Pequim, extremamente importantes para a discussão e reconhecimento de direitos, elucidam a importância da vida sexual e reprodutiva a partir de perspectivas dos Direitos Humanos, direitos fundamentais, legislação e políticas públicas. Destaca-se, ainda, que foi estipulado como meta do Programa da Conferência de Cairo o esforço pelos países participantes para que a saúde reprodutiva fosse alcançada por todos até 2015, o que, à evidência, não aconteceu.

3.2 DA REPRODUÇÃO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Em âmbito nacional, as lutas pelo reconhecimento de direitos sexuais e reprodutivos surgiram a partir do final da década de 1970 e início dos anos 1980, com o fim do regime militar. Os direitos reprodutivos, conforme a definição pela Secretaria de Atenção à Saúde, departamento vinculado ao Ministério da Saúde, tratam-se de:

Direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. Direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos. Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Quando se pensa em direitos reprodutivos há a associação ao planejamento familiar, constante do artigo 226, §7º da Constituição da República Federativa do Brasil, que define o planejamento familiar como livre decisão do casal, mediante o exercício da autonomia das pessoas e foi regulamentado pela Lei nº 9.263/1996. Novamente critica-se o binarismo constante dos textos normativos, considerando a compreensão acerca de entidades familiares heterossexuais cisgêneras, sendo evidenciada a invisibilidade da saúde reprodutiva para pessoas trans⁶³.

Maria Berenice Dias (2021) ressalta que a Declaração Universal dos Direitos Humanos também protege as famílias, núcleos naturais e fundamentais da sociedade, que não se esgotam em uma definição singular, mas em uma pluralidade, de modo que a proteção às famílias deve ocorrer de forma igualitária, sendo evidenciado o direito ao livre planejamento familiar a qualquer cidadão, por meio de técnicas de concepção científicas reconhecidas, que garantam a liberdade de escolha mediante o exercício da autonomia. Dessa forma, não é aceitável que se continue a violar a proteção e o exercício dos direitos humanos e fundamentais de qualquer pessoa, uma vez que a Constituição da República de 1988 possui o fim de proteção a todos, independentemente de raça, cor, etnia, gênero e qualquer outro fator que possa gerar discriminação (art. 3º, IV). Além disso, o direito à reprodução, percebido como garantia fundamental, é um reflexo dos direitos da liberdade e da livre determinação.

Salienta-se, ainda, as novas interpretações dos direitos reprodutivos e planejamento familiar diante dos avanços da biotecnologia e da reprodução humana assistida e não assistida. Ocorre que os diversos métodos, além de custos elevados, são regulamentados pelo CFM (Conselho Federal de Medicina), especificamente pela Resolução nº 2.320/2022⁶⁴, cuja norma apesar de não possuir força normativa, acaba sendo a única normatização sobre a temática da reprodução humana assistida (RA), dada a omissão sistemática do Poder Legislativo, que se queda inerte quando o assunto afronta normas sociais que advêm do patriarcado e de uma formatação de família hegemônica e eurocentrada.

A respeito das normas do CFM sobre o tema, Maria Berenice Dias argumenta que elas têm de ser interpretadas de forma mais ampla e hermeneuticamente consoantes

63 Aliás, vale ressaltar as críticas à lei no que toca às mulheres e que foram objeto duas ADI's no STF, de n. 5.097 e 5.911, que questionavam o caráter patriarcal e machista imposto às mulheres sobre sua decisão pela esterilização. As ações acabaram sendo julgadas prejudicadas porque o Congresso aprovou a lei n. 14.443/2022 que abarcou aquilo que era reivindicado pelas citadas ações.

64 Resolução nº 2.320/2022. Adota normas éticas para a utilização de técnicas de reprodução assistida –sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.294, publicada no Diário Oficial da União de 15 de junho de 2021, Seção I, p. 60.

com a Constituição:

A hermenêutica jurídica não justifica qualquer limitação. Não bastasse a inegável usurpação da competência legislativa para o tratamento da matéria, as premissas restritivas da Resolução não têm força normativa capaz de vedar ou limitar prática que a lei não prevê expressamente como proibida. Nem o caráter deontológico da Resolução autoriza sua sobreposição ao texto legal e à garantia constitucional, mormente quando coloca em xeque o direito à procriação, à constituição da família e, em última ratio, ao direito à felicidade. (DIAS, 2021, p.11).

Frisa-se que, ainda que alguns sujeitos inseridos dentro do contexto de minoria não estejam contemplados nos textos normativos, seja no âmbito constitucional ou não, não se trata de disposição taxativa, porquanto não se deve limitar à binariedade masculino e feminino, de modo que o livre exercício dos direitos reprodutivos e do planejamento familiar tenha o mesmo acesso independentemente da identidade de gênero.

4. O RESULTADO DAS ESTRUTURAS

Viviane Vergueiro (2016, p. 267) aponta que é necessário “estabelecer processos de re+escrita e des+aprendizados críticos, legitimar e valorizar os conhecimentos específicos provenientes de nossas comunidades, particularmente nas suas intersecções”. A percepção e experiência dos sujeitos que desafiam as normas de gênero precisam ser ouvidas e seu lugar de protagonismo respeitado, evidenciando as práticas estigmatizadoras e microagressivas dos sistemas de saúde sexual, reprodutiva e no exercício da parentalidade.

Utilizando dados secundários colhidos por meio de entrevistas com pessoas transgêneras realizada por pesquisadoras como Mônica Angonese e Mara Lago (2017), Anne Monteiro (2021) e Apolo Arantes (2023) – que, através do método etnográfico e autoetnográfico, aplicaram questionários e colheram relatos da experiência de homens trans na busca por acesso à saúde, em artigos científicos acerca dos direitos reprodutivos e planejamento familiar, em que é percebida a falha de tratativa adequada às suas necessidades básicas –, fica evidenciada a falha na agenda de implementação dos direitos reprodutivos e, por consequência, das políticas públicas existentes, bem como o despreparo dos profissionais de saúde com este corpo.

Mônica e Mara (2017) capturam a dificuldade de acesso ao cuidado à saúde com os profissionais, mostrando o constrangimento que indivíduos trans enfrentam ao buscar atendimento nos postos de saúde, como se vê no relato de Rafa:

Foi [constrangedor] ainda, porque a enfermeira, por eu ser o primeiro homem

trans dela, ela ainda se colocou meio que...ela não tem aquela intimidade com o órgão que a gente tem né, porque a gente sofre uma série de transformações com o hormônio, embora eu tenha conversado com ela, e tenha explicado, eu senti que ela não tava confortável na situação, então eu também não fiquei, entendeu? Pra ela era algo de muito novo assim, então talvez se ela estivesse mais habituada e eu também, a coisa ia ser mais tranquila. Mas não foi de todo mal assim. (Angnose, Lago. 2017, p. 264).

Rafa demonstra a dificuldade dos profissionais de saúde compreenderem seu corpo, podendo-se apontar a partir de sua fala uma espécie de legitimação do despreparo, pois seu corpo é concebido como algo considerado “anormal” e desconhecido pela profissional que o atendia. Isso é uma notória violação de direitos e dos princípios da universalidade do acesso à saúde. Rafa relata também o seu processo de aborto para as pesquisadoras:

Quando eu dei entrada no pronto-socorro já em processo de aborto, quando eu entrei que viram a minha aparência masculina, as mulheres lá dentro, as enfermeiras em geral, elas começaram me tratar com preconceito né, elas me deixavam lá com... eu pedia água, eu pedia né assistência tal e... me deixaram lá num quarto escuro lá e do meu lado eu ouvia crianças nascendo, choros de criança, elas dando atenção pra todas as outras e me deixando lá no canto, sabe? E elas falavam, vinham pra mim aplicar injeção, na época eles aplicavam buscopan, um remédio lá pra dor... e ainda falavam bem baixinho no meu ouvido “é, quem mandou abortar? Agora fica aí, aguenta firme aí, porque a gente tá ocupada” (Angnose, Lago. 2017. p. 266).

O aborto já é um assunto polêmico quando se trata de mulheres cisgênero e o relato de Rafa mostra uma completa desumanização no tratamento a que foi submetido, o que retrata a realidade de muitos homens trans em situações semelhantes. Rafa revela a Mônica e Mara (2017, p.265) que “o aborto parecia a única alternativa possível, mas a aparência masculinizadora da suposta mãe e tentativa explícita de aborto provocaram uma série de violências”.

As normas de gênero na concepção heterocisnormativa do modelo familiar também apresentam barreiras para os homens trans no que se refere ao planejamento familiar, já que as categorias da parentalidade são divididas entre o binarismo “pai” e “mãe”. Conforme o relato Leo para Anne Monteiro (2021, p. 31-32)

Não foi uma gestação tranquila porque, na minha cabeça, homem não engravidava e na minha cabeça eu era um homem, as mudanças corporais elas me afetam muito. Quando eu ia comprar roupas, as roupas de gestante eram só

vestido, vestido. Eu falei não, não vou. Aí fui numa costureira e mandei fazer uns macacões assim, bem masculinos. Eu lembro que eu estava tomando banho e de repente começou a sair leite do meu peito e eu comecei a gritar: “mãe socorro! Está acontecendo alguma coisa errada!”. E aí minha mãe falou: “para de ser besta, isso é leite”. Quando eu estava fazendo o pré-natal, eu lembro de ter conversado com o médico e falado para ele que jamais, em momento algum, eu faria parto normal, que eu pagaria a cesárea.

Leo revela sua dificuldade em compreender o seu processo de gestação, já que é algo que se relaciona com o gênero feminino e reproduz o modelo hegemônico de família. Para as pessoas que passam por essa situação, em alguns casos pode haver uma dificuldade para compreender a dimensão de suas próprias performatividades, em decorrência das relações de poder do biocapitalismo que promovem a estilização do corpo.

Segundo o relato de Breno (Monteiro, 2021, p.34):

Eu gostaria muito que ela me visse como pai, mesmo já tendo o outro dela, mas que não fosse algo imposto. E principalmente por conta do constrangimento que eu passo sempre quando nós saímos e ela me chama de mãe e as pessoas olham tipo, como assim mãe? Eu tenho medo de sofrer alguma violência.

Sobre este aprisionamento da identidade humana, Butler (2003, p. 40), escreve sobre como os corpos e as subjetividades ainda estão aprisionadas pelo sistema “sexo x gênero”, que produz e separa o corpo de forma dual e pelo sistema heteronormativo, que hierarquiza as relações humanas.

Ambos os sistemas causam desigualdade e opressão sobre os corpos, justamente por ser possível a existência de umas identidades sobre as outras. Butler (2003, p. 41), aponta: “Para Wittig, a restrição binária que pesa sobre o sexo atende aos objetivos reprodutivos de um sistema de heterossexualidade compulsória”. Ou seja, “a derrubada da heterossexualidade compulsória irá inaugurar um verdadeiro humanismo da pessoa” (BUTLER, 2003, p. 41) ou daquilo que chamamos como identidade, “livre dos grilhões do sexo” (BUTLER, 2003, p. 41). A Modernidade criou uma cisheteronormatividade compulsória, que exclui qualquer outra possibilidade de ser/existir e tal exclusão, como vem sendo dito, é sustentada por sistemas de poder como o Direito e a Medicina (Pontes; Silva, 2018).

Todo esse “cistema”, na prática, se traduz em uma violência alarmante, quanto mais diante da ruptura que a capacidade reprodutiva de homens trans impõe a situações que envolvem sua gestação:

O desafio da gestação foi finalizado, mas todos os estigmas e violências que carregamos durante as 37 semanas de gestação agora recaem também sobre nosso bebê. A primeira delas foi a demanda básica de registrar a criança: um processo simples e comumente realizado pela pessoa não parturiente responsável pela criança, exigiu que eu, vivenciando o puerpério, precisasse me deslocar até o cartório com um recém-nascido, em plena pandemia, para tentar justificar ao tabelião que essa criança era nossa filha. (Arantes, 2023, p.111).

Apolo aponta a violência também direcionada ao filho recém-nascido em seu escrito sobre a dificuldade de realizar o registro da criança em cartório por resistência e incompreensão do profissional responsável. Essa realidade denota também a dificuldade do Direito e seus institutos visualizarem possibilidades para além da cisgeneridade. Em termos jurídicos, tais mudanças se mostram inadiáveis, visto que, por força da Constituição de 1988, deve dar conta de proteger sujeitos em situações semelhantes e compreender que a gravidez em homens seja uma realidade com tendência a crescer, considerando este público como Novos Sujeitos de Direito.

Sobre a tratativa médica, também relata as mesmas violações:

Com 15 dias de nascida, nossa bebê teve uma assadura e ao ser levada ao médico, foi solicitado um teste de HIV - mesmo em um contexto onde o pré-natal foi realizado de forma satisfatória por ambos cuidadores e sem nenhum sintoma que justificasse suspeita de imunodeficiência [...] Esse foi um daqueles processos de transfobia que a gente nem sente na hora, mas quando tiramos por um segundo o foco da nossa principal demanda - entender a assadura de Linda para tratar da melhor forma - percebemos que mesmo diante de todo nosso desespero para cuidar da nossa criança, estávamos alí, os três, sendo vítimas de mais uma transfobia escancarada. Não havia naquele momento nenhuma justificativa plausível para tal solicitação, além da pura e cruel transfobia. (Arantes, 2023, p.111-112).

O relato deixa evidente a realidade de que quando pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais procuram atenção nas unidades básicas de saúde são vistas quase que exclusivamente pela perspectiva das patologias relacionadas à sua sexualidade, e mais uma vez Apolo mostra como essa estigmatização recai também ao recém-nascido.

5. CONCLUSÃO

Falar em direitos sexuais e reprodutivos para qualquer grupo social é/tem sido um grande tabu, uma vez que toca em limites e fundamentos do Direito Moderno, feito

e pensado a partir de uma matriz europeia-ocidental-cristã-patriarcal. Assim é que, mesmo para mulheres heterossexuais e cisgênero o Direito ainda apresenta muitas barreiras, principalmente em países do Sul global em que há maior influência religiosa e/ou conservadora.

Quando a pretensão se volta para aquelas/aqueles que estão em posição de maior vulnerabilidade a situação é ainda pior. Pessoas LGBTQ+ e, particularmente, pessoas trans, constituem uma minoria estigmatizada e encontram barreiras estruturais e institucionais de variada ordem para fazer valer os mesmos direitos que o restante da população. Qualquer um/uma que desafia as normas impostas pelo Direito e pela Medicina quanto à orientação sexual/identidade de gênero concebidas como “normais”/“sadias” irá sofrer privações/violências. A heterocissexualidade compulsória impõe regras sobre os corpos, de forma que pessoas trans sofrem um tipo muito específico de violência quando se trata de questões relativas à saúde em geral e quanto aos direitos reprodutivos e sexuais em particular.

As experiências trazidas no texto, seja de relatos diretos de homens trans, seja de dados decorrentes de pesquisas com aquele público mostra que, além da omissão do Direito em tratar do tema – não há nenhuma lei que os contemple e as normativas existentes do CFM ou do SUS, ou não abrangem pessoas trans ou não têm efetividade –, os profissionais da área da saúde têm pouco/nenhum conhecimento, seja sobre como fazer o atendimento de pessoas trans em suas demandas genéricas sobre saúde, seja menos ainda quando a questão é sobre o exercício em igualdade de condições dos direitos reprodutivos.

O foco do texto recaiu sobre relatos e pesquisas de homens trans que buscam engravidar a fim de demonstrar as deficiências e buscar algumas explicações para as mesmas. Uma questão que ficou evidente é a incompreensão do sistema de saúde sobre a possibilidade de gestação de homens trans. Lembramos que a transição de gênero não pressupõe e nem impõe que homens trans sejam/se tornem estéreis (esterilização simbólica). O que se percebe é que há toda uma indústria de farmacopoder (ou hormonionormatividade) que, mais uma vez, repetindo padrões cisgênero, só que agora dentro da própria comunidade trans, acaba por impor um certo modelo do que é ser um homem ou uma mulher. Pessoas trans não são imunes a isso e algumas, por vezes, incorporam uma série de procedimentos, medicamentos, cirurgias, etc. para performar melhor um certo/esperado padrão de gênero que pode lhes legar esterilização, de fato. Contudo, essa não é a realidade de todos e aqueles homens trans que puderem gestar precisam receber toda a atenção e cuidado que uma mulher cisgênero receberia. De igual sorte, para aqueles que, não podendo gestar, quiserem ter filhos, o sistema lhes deve dar o mesmo tratamento sobre técnicas de reprodução assistida que é conferido

aos demais.

O caráter redutor da complexidade com que a Modernidade compreende os sistemas não pode ser uma barreira para o acesso daqueles/daquelas que demandam o exercício de direitos fundamentais. A experiência pessoal e a pesquisa citadas por Vicente mostram que há situações plurais e diversas quando se trata de homens trans. Para cada uma dessas situações o SUS deveria ter respostas específicas, seguindo-se o princípio da equidade em saúde. Contudo, isso não acontece. E mais, há que se trazer aqui para a discussão que ser pai/mãe nada tem a ver com o que tradicionalmente divide as pessoas entre homem e mulher, de forma que o exercício daqueles papéis não pode ser negado àquele/àquela que desafiou padrões de gênero que lhe foram impostos no nascimento.

REFERÊNCIAS

ANGONESE, Mônica. LAGO, Mara Coelho de Souza. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde Soc.* 2017; 26:256-70.

ARANTES, Apollo. Da gestação à parentalidade: relato de uma gestação transmasculina, . controle de reprodução humana e o reforço do estigma para a população trans. *Revista Brasileira de Estudos da Homocultura. Associação Brasileira de Estudos da Trans-Homocultura - Cuiabá/Mato Grosso: UFMT:ABETH, 2023-v.il: 26cm*

BENTO, Berenice. *A (re)invenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual.* Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.* Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Resolução conjunta CNPCP - CNCD/LGBT, de 15 de abril de 2014. Ministério da Justiça: Brasília; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.* Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0471_M.pdf. Acesso em 25/11/2023.

BOMFIM, Rainer. PROTEÇÃO DA TRANSIÇÃO DE GÊNERO PELA ASSISTÊNCIA SOCIAL: uma proposta-truque para o conceito de hipossuficiência. 1. ed. São Paulo: Dialética, 2022.

BUTLER, Judith. O parentesco é sempre tipo como heterossexual? Cadernos pagu (21). 2003: pp. 219-260.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 2.320/2022. (Publicada no D.O.U. de 20 de setembro de 2022, Seção I, pg. 107). Disponível em >https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2320_2022.pdf<. Acesso em 02 dez. 2023.

DE PONTES, J. C.; DA SILVA, C. G. Cisnormatividade e passabilidade: deslocamentos e diferenças nas narrativas de pessoas trans. Revista Periódicus. V. 1, n. 8, p. 396–417, 2018. DOI: 10.9771/peri.v1i8.23211. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/23211>>. Acesso em: 30 nov. 2023.

DIAS, Maria Berenice. As inconstitucionalidades da Resolução 2.294/2021 do CFM sobre a utilização das técnicas de reprodução assistida. 2021. Disponível em <<https://berenicedias.com.br/as-inconstitucionalidades-da-resolucao-2-294-2021-do-cfm-sobre-a-utilizacao-das-tecnicas-de-reproducao-assistida/>>. Acesso em 30 de novembro de 2023.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Tradução de Roberto Machado. 8ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

MELLO, L; GONÇALVES, E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas de saúde. Cronos, Natal, v. 11, n.2, p. 163-173, 2010.

MONTEIRO, Anne Alencar. Cavalos-marinhos: gestação e transmasculinidades. Anais V Enlaçando. Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <<https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/30471>>. Acesso em: 09/12/2023.

MONTEIRO, Anne Alencar. O nome dele é Gustavo, e ele é a minha mãe: reprodução e parentesco entre homens trans que engravidam. 2021. (SYN)THESIS, 14(2), 28–39. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/synthesis/article/view/64351> > Acesso em 09/12/2023.

NERY, João W. Viagem solitária. Memórias de um transexual trinta anos depois. São Paulo: Leya, 2011.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Cairo; ONU, 1994.

PAULINO, Danilo; RASERA, Emerson; TEIXEIRA, Flávia. Discursos sobre o cuidado em

saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. Interface, Botucatu, 2019; 23:e180279. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180279>.

PINAFI, Tânia; TOLEDO, Livia Gonsalves; SANTOS, Cíntia Helena dos; PERES, Wiliam Siqueira. Tecnologias de gênero e as lógicas de aprisionamento. Rio Grande do norte: Bangoas, 2011.

PRECIADO, Paul B. Texto junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

SILVA, Jéssica de Paula Bueno da. O Reconhecimento Como Base do Direito e as Conseqüências nas Vivências Trans. BH: Conhecimento, 2021.

VERONESE, Osmar (Org.). Multiculturalidade e cidadania: olhares transversais, Campinas: Millenium, 2015.

VERGUEIRO, Viviane. Pensando a cisgeneridade como crítica decolonial. In: MESSEDER, S., CASTRO, M.G and MOUTINHO, L.,orgs. Enlaçando sexualidade: um tessitura interdisciplinar no reino das sexualidades e das relações de gênero. Salvador: EDUFBA, 2016, p. 249-270. ISBN: 978-85-232-1866-9.

VICENTE, Guilherme Calixto. Direitos sexuais e reprodutivos de homens trans, boyce-tas, e não-bináries: uma luta por reconhecimento e redistribuição de saúde pública no Brasil. São Paulo. 2020. Disponível em > <https://afrodite.paginas.ufsc.br/files/2020/08/2020-Direitos-sexuais-e-reprodutivos-de-homens-trans-boyce-tas-e-n%C3%A3o-bin%C3%A1ries-uma-luta-por-reconhecimento-e-redistribui%C3%A7%C3%A3o-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-no-Brasil.pdf><. Acesso em 15/11/2023.

WEBER, Ana Laura; VERONESE, Osmar; MARTINS, Pedro Adroir Magalhães. A formação de famílias transexuais com a utilização das tecnologias para reprodução humana assis-tida. In: DEL'OLMO. Florisbal de Souza (org.); CERVI, Jacson Roberto (org.).



DIREITO.UnB

Gostaria de submeter seu trabalho a **Revista Direito.UnB?**

Gostaria de submeter seu trabalho a Revista Direito.UnB?

Visite <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb>
e saiba mais sobre as nossas Diretrizes para Autores.

ENTRAVES PARA O ACESSO À HORMONIOTERAPIA PARA PESSOAS TRANS EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE¹

OBSTACLES TO THE ACCESS TO HORMONE THERAPY FOR TRANS PEOPLE IN PRISON

Recebido: 15/11/2023

Aceito: 19/08/2024

PAULO FERNANDO SOARES PEREIRA

Pós-Doutor em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/Rio). Doutor em Direito pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Direito pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Professor de Direito da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Procurador Federal.

E-mail: paulofsp1983@gmail.com



Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6802-9035>

THIAGO ALLISSON CARDOSO DE JESUS

Doutor em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Doutorando em Estado del Derecho y Gobernanza global pela Universidade de Salamanca/ES (USAL). Professor na Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) e na Universidade Ceuma (UNICEUMA). Advogado.

E-mail: t_allisson@hotmail.com



Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4605-8019>

FELIPE LAURÊNCIO DE FREITAS ALVES

Mestre em Direito e Instituições do Sistema de Justiça pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Graduado em Direito pela UFMA. Advogado, professor e ativista pelos direitos humanos.

E-mail: felipelaurencio@hotmail.com



Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6853-1260>

¹ Versão atualizada e resumida da monografia apresentada ao Laboratório de Ciências Criminais do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, no ano de 2020. A pesquisa foi premiada como uma das melhores apresentadas naquela edição do Laboratório e, por isso, foi escolhida para representar o Maranhão no Simpósio Nacional, em 2021.



Este é um artigo de acesso aberto licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações Internacional 4.0 que permite o compartilhamento em qualquer formato desde que o trabalho original seja adequadamente reconhecido.

This is an Open Access article licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License that allows sharing in any format as long as the original work is properly acknowledged.

RESUMO

A análise objetiva compreender a ineficiência institucional em fazer valer a política de acolhimento de LGBTQIAP+ em privação de liberdade no que diz respeito ao acesso à hormonioterapia. A metodologia parte da pesquisa bibliográfica e da pesquisa exploratória quali-quantitativa, sendo a pesquisa documental nossa técnica apurada, a partir da análise de conteúdo dos documentos nacionais que tratam do acesso à saúde e de julgados dos tribunais brasileiros. Constatamos a existência de descompassos normativos de caráter regulatório, que travam o acesso à hormonioterapia nas prisões, bem como a ausência de controle judicial adequado da política de acolhimento. Concluimos pela necessidade de atualizar a política de atenção à saúde no sistema prisional e de se permitir que pessoas trans em privação de liberdade continuem seus acompanhamentos de saúde fora das unidades prisionais.

Palavras-chaves: LGBTQIAP+. Travestis e transexuais. Encarceramento. Atenção à saúde. Hormonioterapia.

ABSTRACT

The analysis aims to understand the institutional inefficiency in enforcing the LGBTQIAP+ reception policy in deprivation of liberty regarding to access to hormone therapy. The methodology is based on bibliographic research and qualitative-quantitative exploratory research, with documental research being our refined technique, based on the content analysis of national documents that deal with access to health and of judgments from Brazilian courts. We found the existence of normative discrepancies of a regulatory nature, which hinder access to hormone therapy in prisons, as well as the absence of adequate judicial control of the reception policy. We conclude by the need to update the health care policy in the prison system and to allow trans people in deprivation of liberty to continue their health care outside the prison units.

Keywords: LGBTQIAP+. Transvestites and transsexuals. Incarceration. Health care. Hormone Therapy.

1. INTRODUÇÃO

Considerando a extrema vulnerabilidade das pessoas LGBTQIAP+ em privação de liberdade, cujas condições de segregação conseguem ser mais violentas que para outros grupos², fez-se um estudo acerca da institucionalização dessa situação a partir

2 Essa afirmação parte da leitura de diversos relatórios nacionais e internacionais sobre a violência homofóbica e transfóbica, dentro e fora das cadeias. Sobre isso, cf. APT. **Towards the effective protection of LGBTI persons deprived of liberty:** a monitoring guide. Beaumont: Villi, 2018. Disponível em: <https://www.apr.ch/en/resources/publications/towards-effective-protection-lgbti-persons-deprived-liberty-monitoring-guide>. Acesso em: 23 fev. 2021; BENEVIDES, Bruna G. (Org.). **Dossiê:** assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022. Brasília: Distrito Drag; ANTRA, 2023. Disponível em: <https://antrabrasil.org/assassinatos/>. Acesso em: 10 jun. 2023; BENEVIDES, Bruna G. (Org.). **Dossiê dos**

da análise das (ausências de) políticas públicas que tratam da atenção integral à saúde para essa população, sob o ponto de vista dos possíveis entraves para a sua efetividade.

É que o primeiro relatório governamental que tentou verificar a efetivação da política de acolhimento de LGBTQIAP+ em privação de liberdade, que inclui, entre outras coisas, a criação de espaços de custódia específicos para essa população e a continuação dos tratamentos hormonais das pessoas trans em situação de cárcere, verificou que, em verdade, essa política pública, que existe nacionalmente desde 2014, não tem sido colocada em prática pelos governos estaduais³, levando a uma série de violação de direitos.

Voltando a atenção, pois, para a questão sanitária dessa problemática, a pesquisa partiu do seguinte problema: haveria algum entrave normativo à atenção integral à saúde para as pessoas LGBTQIAP+ em privação de liberdade, principalmente no acesso à hormonioterapia a mulheres transexuais e travestis e transexuais masculinos em privação de liberdade⁴?

O objetivo da presente investigação é sistematizar alguns dos motivos da ineficiência institucional em cumprir a política de acolhimento de LGBTQIAP+ em privação de liberdade, especialmente para a questão do acesso ao tratamento hormonal (ou hormonioterapia), que funciona como um relevante elemento do processo transexualizador das pessoas trans que estão em situação de encarceramento.

A metodologia partiu da pesquisa bibliográfica de aporte teórico crítico e da

assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2021. Brasília: Distrito Drag, ANTRA, 2022. Disponível em: <https://antrabrasil.org/assassinatos/>. Acesso em: 12 abr. 2022; BENEVIDES, Bruna G.; NOGUEIRA, Sayonara Naider. (Orgs.). **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019.** São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2020. Disponível em: <https://antrabrasil.org/assassinatos/>. Acesso em: 3 maio 2022.

3 BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **LGBT nas prisões do Brasil:** diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento. Brasília: Departamento de Promoção dos Direitos de LGBT, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/fevereiro/TratamentopenaldepessoasLGBT.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2023.

4 A escolha do estudo da situação específica das pessoas trans se justifica pelo maior agravamento da violência a esse grupo mesmo quando comparado às demais pessoas LGBTQIAP+ em situação de encarceramento. É que, para além de serem as pessoas do grupo LGBTQIAP+ que mais são assassinadas, conforme mostram os relatórios de violência que citamos em nota anterior, as pessoas trans são também diretamente afetadas pela precariedade da atenção integral à saúde nas unidades prisionais, já que sofrem com a falta de tratamento hormonal nos presídios e com a insegurança de estarem aprisionadas em locais não adequados ao seu gênero, além de os dados existentes apontarem para certo grau de esquecimento (ou silenciamento) dessa vulnerabilização perante o Judiciário brasileiro. Sobre o assunto, basta cf. ALVES, Felipe Laurêncio de Freitas; PEREIRA, Paulo Fernando Soares. A (in)visibilidade institucional das mulheres transexuais e travestis privadas de liberdade: reflexões sobre o poder judiciário. **Revista Quaestio Iuris**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 04, p. 1877-1906, out./dez. 2022. DOI: [10.12957/rqi.2022.64818](https://doi.org/10.12957/rqi.2022.64818). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/64818>. Acesso em: 22 mar. 2023.

pesquisa exploratória quali-quantitativa. Técnicas de pesquisa documental foram utilizadas como técnica apurada para coleta de dados, a partir da documentação direta, quando analisamos o conteúdo dos diversos documentos nacionais que tratam do acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade, e o conteúdo e o discurso de julgados dos tribunais de segundo grau referentes aos primeiros seis anos (2014-2020) de vigência da Resolução Conjunta nº 1/2014 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) e do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), que trata da política nacional de atendimento das pessoas LGBTQIAP+ em privação de liberdade.

Na esteira das pesquisas já realizadas, a presente pesquisa se revela inovadora para o estado da arte da temática, pois trata de abordagem voltada para a atuação específica das Instituições do Sistema de Justiça no controle da política nacional de acolhimento de LGBTQIAP+ em privação de liberdade, notadamente quanto à atenção integral à saúde, analisando entraves do plano normativo ainda não questionados por outros pesquisadores.

Assim sendo, dividimos este artigo em três seções. Na primeira delas, traçamos um histórico mais geral da política de acolhimento de LGBTQIAP+ em privação de liberdade e abordamos a sua construção em meio a dificuldades discursivas que afetam o campo normativo dos direitos sexuais e transidentitários. Em seguida, explicamos a situação atual de vulnerabilização da saúde das pessoas trans no cárcere, através de casos que se tornaram públicos em julgados dos tribunais do segundo grau de jurisdição. E, na terceira seção, analisamos de maneira mais pormenorizada quais seriam os entraves, no plano das normas de regência, que, somados aos entraves atitudinais tratados na segunda seção, interferem na atenção integral à saúde das pessoas trans privadas de liberdade. Ao final, breves conclusões que pretendem contribuir para o debate em torno do tema.

2. O DESENVOLVER DA POLÍTICA DE ATENDIMENTO A PESSOAS LGBTQIAP+ EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Atualmente, podemos perceber certa evitação do tema dos direitos LGBTQIAP+ nas ordens nacionais, representada pela ausência de marcos legais consolidados, bem como no plano internacional de proteção dos direitos humanos, que, apesar do seu progressismo, também encontra grande dificuldade de aprovação de pautas voltadas para a população sexodiversa.

Para citar um exemplo disso, Amaral Júnior⁵ conta que o tema da discriminação homofóbica foi suscitado pela primeira vez em nível internacional em 1995, durante a Conferência de Beijing, pela delegação da Suécia, mas o tema foi prontamente rechaçado pelas delegações islâmicas.

O tema teria sido novamente retomado pelo Brasil, em 2000, na Conferência Regional das Américas, o qual acabou sendo incorporado sob a forma de discriminação racial agravada no texto subscrito pelos Estados sul-americanos, mas que, embora apoiada por muitas delegações, especialmente europeias, acabou não entrando para o texto final da Declaração de Plano e Ação da Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, em Durban, no ano seguinte⁶.

Soma-se a isso a imensa dificuldade em destravar a tramitação de projetos de lei que tratem de direitos voltados especificamente para a população LGBTQIAP+. No caso do Brasil, o Congresso Nacional ainda não aprovou nenhum destes projetos até o momento, salvo poucas menções à não discriminação em razão do gênero e da sexualidade em leis esparsas, a exemplo do Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Essa lacuna normativa tem exigido uma postura ainda mais ativa do Judiciário, que passou a ser o principal local de disputa da luta dos movimentos sociais organizados pela efetivação dos direitos sexuais e transidentitários, a partir da litigância estratégica de temas como o casamento entre pessoas do mesmo sexo, a adoção por essas famílias, o reconhecimento do direito ao nome para pessoas trans, a doação de sangue por homens-que-fazem-sexo-com-homens (HSH), a criminalização da homofobia e da transfobia etc.

Por isso, os tribunais têm sido os lugares de maiores ganhos normativos (norma no seu sentido amplo) para as pessoas LGBTQIAP.

As Cortes, nos casos referidos, têm contribuído para a mudança de paradigmas sociais e para o enfrentamento de preconceitos a partir de suas nomeações e posteriores desqualificações como não razoáveis, uma vez que o debate desses temas tende a alargar o espaço discursivo marginal que costuma imperar nas discussões em torno de

5 AMARAL JÚNIOR, Ilmar Pereira do. **Educação para a diferença é um direito:** a adequação constitucional das políticas públicas de combate à homofobia nas escolas. 2016. 156 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Estado e Constituição da Universidade de Brasília, Brasília, 2016, p. 37. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/20380>. Acesso em: 18 jul. 2023.

6 AMARAL JÚNIOR, Ilmar Pereira do. **Educação para a diferença é um direito:** a adequação constitucional das políticas públicas de combate à homofobia nas escolas. 2016. 156 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Estado e Constituição da Universidade de Brasília, Brasília, 2016, p. 38. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/20380>. Acesso em: 18 jul. 2023.

temas como o gênero e a sexualidade⁷.

O discurso oficial⁸ que se produz por meio de tais processos judiciais passa a ser, portanto, o discurso do respeito às diferenças e de proteção dos sujeitos mais vulnerabilizados, funcionando como verdadeiro fio condutor na elaboração de políticas públicas e na mudança da sociedade.

A visibilidade institucional para a pauta LGBTQIAP+ dada principalmente pela Suprema Corte é extremamente importante para a tarefa de nomeação das categorias a serem debatidas e, como entende Barroso⁹, é parte inerente do papel de vanguarda que devem assumir em determinados assuntos.

De fato, a proteção dos direitos sexuais e transidentitários, no caso brasileiro, não teria avançado em nada se não fosse a articulação dos movimentos sociais no Supremo Tribunal Federal (STF).

No entanto, a proteção desses direitos precisa também passar pela democratização dos espaços político-decisórios, com a votação de leis em prol das minorias sexuais e identitárias, com o comprometimento do Executivo em criar políticas públicas para esse grupo, com o esforço da sociedade civil organizada e demais atores políticos e jurídicos em fazer valer os direitos sexuais e de gênero, e com a democratização do acesso ao poder econômico¹⁰.

Não queremos, com isso, deslegitimar os ganhos normativos no Judiciário, mas,

7 Conforme nos diz Tedeschi e Tedeschi, o discurso institucional em torno dos direitos das pessoas LGBTQIAP+ está quase sempre desenhada em fronteiras de naturalização da verdade sobre a “diferença originária dos sexos”, sobre a “divisão natural” dos sujeitos em homossexuais e heterossexuais etc. Ou seja, quase sempre em marcos binários que em nada refletem a complexidade da vida humana. Cf. TEDESCHI, Losandro Antonio; TEDESCHI, Sirley Lizott. Pensar o(s) gênero(s) para além das fronteiras. In: LIMA, Emanuel Fonseca; WATSON, Carmen Soledad Aurazo de (Orgs.) **Identidade e diversidade cultural na América Latina**. Porto Alegre: Fi, 2017, p. 118.

8 No caso dos juízes, como são mandatários do Estado, com todo o seu poderio material, além do poder cultural próprio da especialização, a produção de decisões que reforçam os direitos da comunidade LGBTQIAP+ e a necessidade de sua efetiva proteção contribui significativamente para a mudança de rumos dos cenários sociais. Para entender melhor tal processo de oficialização do discurso, cf. BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Lisboa: DIFEL; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

9 BARROSO, Luís Roberto. Contramajoritário, representativo e iluminista: os papéis dos tribunais constitucionais nas democracias contemporâneas. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, 2018, p. 2.207-2.217. DOI: [10.1590/2179-8966/2017/30806](https://doi.org/10.1590/2179-8966/2017/30806). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/30806>. Acesso em: 12 jun. 2020.

10 Sobre isso, Fraser tem chamado a atenção dos movimentos de luta pelos direitos das minorias políticas para o erro em se contentar com políticas identitárias de reconhecimento enquanto as políticas de democratização do acesso à terra e aos postos de poder, por exemplo, ficam para trás. Cf. FRASER, Nancy. A justiça social na globalização: redistribuição, reconhecimento e participação. Tradução de Teresa Tavares. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 63, out. 2002, p. 08-10. Disponível em: <https://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/63/RCCS63-Nancy%20Fraser-007-020.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

em adição a eles, reconhecer que os processos decisórios precisam cristalizar ainda mais os dispositivos emancipatórios que reduzam o *déficit* democrático das decisões judiciais, como, por exemplo, a partir do próprio incentivo à participação comunitária nas decisões, como no caso da admissão dos *amici curiae* e da promoção de audiências públicas, a partir de uma maior participação das pessoas LGBTQIAP+ na política e demais espaços públicos etc.

No caso do encarceramento, podemos admitir certa importância aos esforços pela mudança de valores do nosso sistema criminal em prol do grupo sexodiverso ocorrida em virtude da criação da política nacional de acolhimento de LGBTQIAP+ em privação de liberdade, em 2014, apesar de que esta, pelo menos até o momento, não conseguiu ser plenamente implementada, como nos mostrou o relatório do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH)¹¹.

Essa política de acolhimento, em verdade, existe desde 2006, pelo menos internacionalmente, quando um painel de especialistas reunidos em Yogyakarta, na Indonésia, discutiu qual seria a maneira mais adequada de efetivação dos direitos humanos sexuais e transidentitários.

O documento, que ficou conhecido como Princípios de Yogyakarta, apesar de não ser propriamente um tratado internacional, reflete normas internacionais de caráter vinculante (cogente), como é o caso do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que devem ser obrigatoriamente cumpridas por todos os Estados aderentes, como o Brasil, reforçando, pois, a obrigação dos Estados nacionais em respeitar as disposições firmadas naqueles Princípios.

O princípio nono de Yogyakarta preceitua que “toda pessoa privada da liberdade deve ser tratada com humanidade e com respeito pela dignidade inerente à pessoa humana. A orientação sexual e identidade de gênero são partes essenciais da dignidade de cada pessoa”¹².

Também no Princípio 9, destaca-se a obrigação dos Estados de fornecer acesso adequado à atenção médica e ao aconselhamento apropriado às necessidades da

11 Estamos nos referindo ao relatório citado na introdução, o primeiro do tipo realizado pelo governo brasileiro. Cf. BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **LGBT nas prisões do Brasil**: diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento. Brasília: Departamento de Promoção dos Direitos de LGBT, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/fevereiro/TratamentopenaldepessoasLGBT.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2023.

12 PAINEL INTERNACIONAL... **Princípios de Yogyakarta**. Yogyakarta, jul. 2007, p. 19. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 5 mar. 2020.

população LGBTQIAP+ privada de liberdade¹³.

Nacionalmente, a primeira tentativa de se implantar uma política de acolhimento para essa população se deu com a Resolução Conjunta nº 1/2014 do CNPCP e CNCD/LGBT, que, entre outras coisas, reconheceu os direitos de pessoas trans em privação de liberdade de serem chamadas pelo seu nome social, de continuarem recebendo os seus respectivos tratamentos hormonais, de vestirem-se e usarem seus cabelos de acordo com as suas identidades de gênero, de receberem visita íntima igualitária etc.¹⁴

A Resolução ainda obriga a União e os Estados-membros, nos presídios masculinos, a reservarem espaços de vivência específicos para a população LGBTQIAP+ encarcerada, a fazer a transferência das mulheres transexuais que assim decidirem para unidades prisionais femininas, e, ainda, garantir a capacitação continuada dos profissionais dos estabelecimentos penais sobre os direitos humanos e sobre os princípios da igualdade e não discriminação¹⁵.

Essa resolução teve a sua constitucionalidade questionada pela Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT), na ADPF 527, por prever tratamento diferenciado entre mulheres transexuais e travestis, uma vez que o art. 4º da referida Resolução prevê a transferência apenas das mulheres transexuais para as unidades prisionais femininas, enquanto as travestis só teriam direito à ala LGBT (art. 3º da Resolução).

A ação, que é de 2018, contou inicialmente com o deferimento parcial de medida cautelar pelo seu relator, o Ministro Roberto Barroso, no dia 27 de junho de 2019, “para determinar apenas que transexuais femininas sejam transferidas para presídios femininos”.¹⁶

Após isso, dois documentos importantes foram juntados ao processo.

13 PAINEL INTERNACIONAL... **Princípios de Yogyakarta.** Yogyakarta, jul. 2007, p. 19. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 5 mar. 2020.

14 BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução Conjunta nº 1, de 15 de abril de 2014.** Brasília, 17 abr. 2014a, não paginado. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2014/resolucao-conjunta-no-1-de-15-de-abril-de-2014.pdf/view>. Acesso em: 20 jan. 2020.

15 BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução Conjunta nº 1, de 15 de abril de 2014.** Brasília, 17 abr. 2014a, não paginado. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2014/resolucao-conjunta-no-1-de-15-de-abril-de-2014.pdf/view>. Acesso em: 20 jan. 2020.

16 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 527.** Relator: Ministro Roberto Barroso. Redator do acórdão: Ministro Luiz Fux, 15 de agosto de 2023, não paginado. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5496473>. Acesso em: 01 out. 2023.

O primeiro deles diz respeito relatório “LGBT nas prisões do Brasil: diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento”, do MMFDH, já citado, que apontou para a pouca efetividade da Resolução Conjunta 1/2014 do CNCD/LGBT e CNPCP, tendo em vista os diversos desrespeitos de suas previsões pelas unidades prisionais brasileiras.

Além dele, o então Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) juntou ao processo a sua Nota Técnica 7/2020, que tratou dos “procedimentos quanto à custódia de pessoas LGBTI no sistema prisional brasileiro, atendendo aos regramentos internacionais e nacionais e considerando as recentes decisões das Cortes Superiores sobre o tema, vinculantes para toda a administração pública”¹⁷.

A Nota Técnica acima trouxe uma série de recomendações aos órgãos de administração penitenciária do país, até mesmo de forma mais garantista que a Resolução Conjunta, já que recomenda que, na “porta de entrada” da pessoa LGBTQIAP+ em privação de liberdade, a Comissão Técnica de Classificação (CTC) deve encaminhar até mesmo as travestis para as unidades prisionais femininas, independentemente da retificação dos seus registros civis, após a manifestação de vontade da pessoa encarcerada¹⁸.

Em virtude dessas novas informações, o Ministro Roberto Barroso, no dia 19 de março de 2021, ajustou os termos da medida cautelar que havia concedido nos autos da ADPF 527, para “outorgar às transexuais e travestis com identidade de gênero feminina o direito de opção por cumprir pena: (i) em estabelecimento prisional feminino; ou (ii) em estabelecimento prisional masculino, porém em área reservada, que garanta a sua segurança”¹⁹.

Essa decisão, contudo, veio a ser revogada a partir do julgamento em Plenário Virtual do STF, ocorrido em agosto de 2023, em que a Suprema Corte, por maioria votos, decidiu por não conhecer da ADPF, “(...) em vista da [suposta] alteração substancial do panorama normativo descrito na inicial, nos termos do voto do Ministro Ricardo Lewandowski (...)”²⁰.

17 BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Nota Técnica nº 7/2020/DIAMGE/CGCAP/DIRPP/DEPEN/MJ**. Brasília, 10 mar. 2020b, p. 01. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2020/03/notatecnica.pdf>. Acesso em: 01 out. 2023.

18 BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Nota Técnica nº 7/2020/DIAMGE/CGCAP/DIRPP/DEPEN/MJ**. Brasília, 10 mar. 2020b, p. 05. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2020/03/notatecnica.pdf>. Acesso em: 01 out. 2023.

19 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 527**. Relator: Ministro Roberto Barroso. Redator do acórdão: Ministro Luiz Fux, 15 de agosto de 2023, não paginado. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5496473>. Acesso em: 01 out. 2023.

20 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 527**. Relator: Ministro Roberto Barroso. Redator do acórdão: Ministro Luiz Fux, 15 de agosto de 2023, não

A essa altura, a Resolução Conjunta de 2014, em virtude inclusive do desmonte ocorrido no CNCD/LGBT durante o Governo Bolsonaro²¹, que impediu que a sua proposta de atualização tivesse andamento, já havia sido substituída pela Resolução 348/2020 do CNJ, que é atualmente o principal regulamento da política de atendimento de pessoas LGBTQIAP+ em privação de liberdade.

A nova Resolução, atualizada logo em seguida, em 20 de janeiro de 2021, melhora a redação da política de acolhimento que estava em vigor desde 2014, ao incluir a preocupação no atendimento das pessoas intersexo em privação de liberdade, ao estender expressamente essa política também para adolescentes em regime de internação ou semiliberdade, e ao obrigar as instâncias judiciais a providenciar a atualização dos documentos das pessoas trans privadas de liberdade que assim desejarem, para atender à sua identidade de gênero²².

Novamente, foram movimentos institucionais fomentados na Cúpula do Judiciário, que tem se mostrado como vanguardista na proteção dos direitos das pessoas LGBTQIAP+, que aprimoraram a proteção do grupo sexodiverso, apesar de precisem da sua devida crítica, principalmente levando-se em conta o lugar de onde partiram, de quem partiram e para quem partiram, e a coincidência ou não desses três lugares.

De outro lado, cumpre citar que recentemente a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) publicou a sua Opinião Consultiva (OC) de nº 29, em 2022, que trata de enfoques diferenciados a determinados grupos de pessoas em privação de liberdade, sendo um desses grupos justamente as pessoas LGBTQIAP+.

Na sétima seção da referida OC, intitulada “ENFOQUES DIFERENCIADOS

paginado. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5496473>. Acesso em: 01 out. 2023.

21 O CNCD/LGBT foi extinto durante o Governo Bolsonaro pelo Decreto 9883/2019, que lhe reverteu novamente apenas para a forma de Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD), como era quando da sua fundação, em 2001, após a Conferência de Durban, ou seja, sem o caráter específico de deliberação de temas voltados para a população LGBTQIAP+. Além disso, o Governo reduziu o Conselho a órgão de consulta, e não mais de deliberação, reduziu o número de representantes da sociedade civil de quinze para três membros e retirou o seu caráter de instância de reivindicação dos movimentos LGBTQIAP+ frente ao Poder Público. Coube, então, ao Governo Lula III, por meio do Decreto 11471/2023, reinstalar o Conselho, sob o nome de Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras (CNLGBTQIA+), aumentando o número de representantes da sociedade civil para dezenove membros e devolvendo-lhe novamente a sua competência tanto consultiva quanto deliberativa, com foco específico no atendimento das pautas dos movimentos LGBTQIAP+.

22 BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 348 de 13 de outubro de 2020**. Brasília: CNJ, 2020a, não paginado. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3519#:~:text=1%C2%BA%20Estabelecer%20procedimentos%20e%20diretrizes,alternativas%20penais%20ou%20monitorada%20eletronicamente>. Acesso em: 20 abr. 2022.

APLICABLES A LAS PERSONAS LGBTI PRIVADAS DE LA LIBERTAD”, a Corte reitera o seu posicionamento consolidado de que “a orientação sexual, identidade de gênero e expressão de gênero são categorias protegidas pelo artigo 1.1 da CADH. Consequentemente, os Estados não podem agir contra uma pessoa por motivos de sua orientação sexual, sua identidade de gênero e/ou sua expressão de gênero”²³.

A partir de diversas considerações que faz a respeito da situação das pessoas LGBTQIAP+ em privação de liberdade nos Estados que fazem parte da OEA e a respeito da sua própria evolução interpretativa da Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH), a Corte IDH fixa critérios mínimos que devem ser observados pelos Estados-membros da Convenção, em rol tão amplo quanto aquele previsto pelos Princípios de Yogyakarta, porém, em instrumento que, pelo *status* de supralegalidade que possui a CADH em nosso ordenamento jurídico²⁴, é vinculante e de observância obrigatória pelos Estados submetidos à jurisdição daquele Tribunal.

Ocorre que, mesmo com a existência de tais normas, como já citamos, o relatório do MMFDH, de 2020, apontou para a não efetivação da política de acolhimento de pessoas LGBTQIAP+ em privação de liberdade, o que parece não ter mudado nem mesmo com a decisão do STF e com a Resolução do CNJ citadas acima, como aponta o último relatório do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) a esse respeito²⁵.

23 OEA. Corte Interamericana de Derechos Humanos. **Opinión Consultiva OC-29/22**: enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad. San José, 30 maio 2022, p. 83-84, em tradução livre. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/opiniones_consultivas.cfm. Acesso em: 06 set. 2023.

24 Alves e Jesus explicam, nesse sentido, que, quanto ao status normativo das convenções e tratados internacionais de direitos humanos no Brasil, atualmente prevalece no Judiciário brasileiro a posição do Ministro Gilmar Mendes na votação do Recurso Extraordinário (RE) nº 466343, para quem normas desse tipo, que não tenham passado pelo quórum qualificado do art. 5º, § 3º, da Constituição da República, têm *status* normativo supralegal, estando, portanto, fora da Constituição, apesar de tornar inaplicável a legislação infraconstitucional com elas conflitante. Sobre o assunto, *cf.* ALVES, Felipe Laurêncio de Freitas; JESUS, Thiago Allisson Cardoso de. Internalização de tratados e convenções internacionais em matéria de processo penal por meio do controle difuso de convencionalidade. **Revista do Mestrado em Direito da UCB**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 67-92, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rvmd/article/view/12291>. Acesso em: 17 jul. 2023. Pela via transversa, portanto, ainda que adotando essa posição mais restritiva do STF, poderíamos dizer que, no Brasil, a OC nº 29/2022 da Corte IDH também tem força normativa, no mínimo, supralegal, tendo em vista que trata da interpretação da própria CADH pelo seu intérprete último e legítimo, na utilização do art. 64 da Convenção. De acordo com o referido artigo, de onde advém a legitimidade da Corte IDH para expedir suas OCs, “Os Estados membros da Organização poderão consultar a Corte sobre a interpretação desta Convenção ou de outros tratados concernentes à proteção dos direitos humanos nos Estados americanos. Também poderão consultá-la, no que lhes compete, os órgãos enumerados no capítulo X da Carta da Organização dos Estados Americanos, reformada pelo Protocolo de Buenos Aires” (OEA. **Convenção Americana de Direitos Humanos**. San José, 22 nov. 1969, não paginado. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 05 set. 2023).

25 *Cf.* COLONIESE, Bárbara; FERREIRA, Guilherme Gomes; KLEIN, Caio Cesar. **Relatório de inspeção nacional sobre a população LGBTI+ privada de liberdade no Brasil**. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT): 2023. Disponível em: <https://mnpctbrasil.wordpress.com/relatorios/>.

Isso, inclusive, já seria esperado pelos pesquisadores da temática, uma vez que essas novas normas fomentadas pelo Judiciário apenas reforçaram uma política pública que já existe desde 2006, no âmbito internacional, e 2014, no âmbito nacional.

Assim, podemos refletir que o problema da não efetivação da política de acolhimento de LGBTQIAP+ em privação de liberdade pode não estar ligada tão só à ausência de normas de referência, como também ao comprometimento das Instituições do Sistema de Justiça em fazê-las valer, como analisaremos melhor nas duas sessões que seguem.

3. A VULNERABILIZAÇÃO DA SAÚDE DAS PESSOAS TRANS EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Nesta seção, partiremos a entender qual a situação atual da atenção à saúde da população LGBTQIAP+ em privação de liberdade, principalmente sob a ótica da vivência das pessoas trans (travestis e transexuais), para avaliarmos se o direito à saúde dessas pessoas tem sido garantido pelas instituições prisionais.

Quanto ao direito à saúde, o art. 7º da Resolução Conjunta 1/2014 do CNPCP e CNCD/LGBT determina que seja garantida à população LGBTQIAP+ em situação de cárcere a atenção integral à saúde, e à pessoa travesti, mulher ou homem transexual em privação de liberdade, a manutenção do seu tratamento hormonal e o acompanhamento de saúde específico²⁶.

Para avaliar o respeito a tal comando normativo, passemos a investigar algumas informações apontadas pelo relatório do MMFDH de 2020, que mostrou a situação específica de alguns presídios masculinos pelo país.

De acordo com o relatório, na Cadeia Pública de Porto Alegre (CPPA), o acesso à saúde é precário, situação essa que não se restringe às pessoas LGBTQIAP+, além de que as mulheres travestis e transexuais privadas de liberdade na unidade não têm acesso à hormonioterapia, embora seja uma demanda majoritária entre elas²⁷.

Acesso em: 05 nov. 2023.

26 BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução Conjunta nº 1, de 15 de abril de 2014**. Brasília, 17 abr. 2014a, não paginado. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2014/resolucao-conjunta-no-1-de-15-de-abril-de-2014.pdf/view>. Acesso em: 20 jan. 2020

27 BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **LGBT nas prisões do Brasil: diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento**. Brasília: Departamento

A mesma situação se repete também na Casa de Custódia de São José dos Pinhais (CCSJP), no Paraná²⁸.

Já no caso do Instituto Penal de Campo Grande, as travestis e mulheres trans relataram que tinha sido iniciado um processo de acompanhamento para terapia hormonal, mas que ele havia sido interrompido após a mudança de gestão²⁹.

Situação parecida também foi observada na Central de Triagem Metropolitana 2 (CTM2), no Pará, em que houve o relato de que na gestão anterior era possível que as pessoas trans tivessem acesso à hormonioterapia enquanto cumpriam pena no estabelecimento, mas que, depois da mudança parcial da equipe diretiva e técnica da unidade, houve um “deslocamento do entendimento de prioridades” (*sic*), com a posterior paralisação da oferta desses medicamentos³⁰.

No Centro Regional de Triagem (CRT) do Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia, o relatório verificou que a unidade dispõe de acompanhamento médico para hormonioterapia, mas que outros pontos básicos de atenção à saúde das pessoas trans, como acompanhamento multiprofissional, era inexistente, além de que a unidade não permite o uso de roupas femininas e realiza o corte dos cabelos de todas as pessoas presas, inclusive das travestis e mulheres trans³¹.

Curiosamente, no Presídio Desembargador Flósculo da Nóbrega, na Paraíba, estado que possui um ambulatório totalmente equipado para a saúde integral das pessoas trans, conhecido como *Ambulatório Trans*, as travestis e mulheres trans daquele presídio não têm acesso ao tratamento hormonal³².

de Promoção dos Direitos de LGBT, 2020b, p. 28-31. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/fevereiro/TratamentopenaldepessoasLGBT.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2023.

28 BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **LGBT nas prisões do Brasil:** diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento. Brasília: Departamento de Promoção dos Direitos de LGBT, 2020b, p. 34-37. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/fevereiro/TratamentopenaldepessoasLGBT.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2023.

29 BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **LGBT nas prisões do Brasil:** diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento. Brasília: Departamento de Promoção dos Direitos de LGBT, 2020b, p. 39-40. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/fevereiro/TratamentopenaldepessoasLGBT.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2023.

30 BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **LGBT nas prisões do Brasil:** diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento. Brasília: Departamento de Promoção dos Direitos de LGBT, 2020b, p. 111-112. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/fevereiro/TratamentopenaldepessoasLGBT.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2023.

31 BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **LGBT nas prisões do Brasil:** diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento. Brasília: Departamento de Promoção dos Direitos de LGBT, 2020b, p. 44-46. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/fevereiro/TratamentopenaldepessoasLGBT.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2023.

32 BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **LGBT nas prisões do Brasil:** diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento. Brasília: Departamento

O mesmo acontece com a Penitenciária do Distrito Federal I (PDF I), onde também não há acesso à terapia hormonal³³, mesmo o Distrito Federal tendo ganhado, recentemente, um ambulatório credenciado para atender a população trans.

Outra situação relatada é a do Centro de Ressocialização de Cuiabá (CRC), onde se observou uma movimentação para a implementação da hormonioterapia na unidade, mas a direção da unidade teria constatado que o Sistema Único de Saúde (SUS) não teria condições de fornecer os medicamentos e os serviços, levando a comissão mista que havia sido montada a ser desmanchada³⁴.

Não obstante a situação de desrespeito generalizado da política de acolhimento de LGBTQIAP+ em privação de liberdade nos presídios brasileiros, como se pode ver dos números e das situações relatadas pelo MMFDH, a judicialização dessa questão no Judiciário de segundo grau e nos tribunais superiores é quase inexistente³⁵.

Em busca de mais dados que evidenciassem a situação da atenção à saúde das pessoas LGBTQIAP+ privadas de liberdade, realizamos também uma pesquisa nos buscadores eletrônicos de jurisprudência dos Tribunais de Justiça (TJs) e Tribunais Regionais Federais (TRFs) brasileiros, aplicando como limite temporal os seis primeiros anos de vigência da Resolução Conjunta 1/2014 do CNPCP e CNCD/LGBT, quais sejam, o intervalo que vai de 15 de abril de 2014 a 15 de abril de 2020.

A pesquisa buscou selecionar e analisar os acórdãos existentes nesses tribunais que tratassem direta ou indiretamente da garantia de atenção à saúde dessa população, a partir dos seguintes termos, pesquisados com opção de plural e termos semelhantes: “LGBT”, “gay”, “lésbica”, “bissexual”, “Yogyakarta”, “transexual”, “mulher trans”, “homem

de Promoção dos Direitos de LGBT, 2020b, p. 76-79. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/fevereiro/TratamentopenaldepessoasLGBT.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2023.

33 BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **LGBT nas prisões do Brasil: diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento**. Brasília: Departamento de Promoção dos Direitos de LGBT, 2020b, p. 47. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/fevereiro/TratamentopenaldepessoasLGBT.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2023.

34 BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **LGBT nas prisões do Brasil: diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento**. Brasília: Departamento de Promoção dos Direitos de LGBT, 2020b, p. 41-44. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/fevereiro/TratamentopenaldepessoasLGBT.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2023.

35 Essa problemática é mais bem debatida por Alves e Pereira, que revelam a pouquíssima discussão da política de acolhimento de LGBTQIAP+ em privação de liberdade pelo Judiciário brasileiro, com pouquíssimos julgados nos tribunais pelo país sobre esse tema, além do alto índice de julgamentos meramente formais (sem o julgamento do mérito). Cf. ALVES, Felipe Laurêncio de Freitas; PEREIRA, Paulo Fernando Soares. A (in)visibilidade institucional das mulheres transexuais e travestis privadas de liberdade: reflexões sobre o poder judiciário. **Revista Quaestio Iuris**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 04, p. 1877-1906, out./dez. 2022. DOI: [10.12957/rqi.2022.64818](https://doi.org/10.12957/rqi.2022.64818). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/64818>. Acesso em: 22 mar. 2023.

trans” e “travesti”.

Mesmo fazendo uma pesquisa de tal abrangência, tão somente 9 (nove) julgados se encaixaram nos parâmetros estabelecidos acima, e, em todos eles, vemos narradas situações que se repetem, quais sejam, a falta de atendimento de saúde especializado para pessoas trans, grupo que representa a totalidade dos casos tratados pelos acórdãos selecionados.

Do resultado dessa pesquisa, apenas 1 (um) dos julgados selecionados teve decisão de mérito favorável, a saber, o julgamento do Agravo de Instrumento 5007504-54.2017.4.03.0000, no Tribunal Regional Federal da 3ª Região. Nele, o tribunal reconhece a mora ilegal do Estado de São Paulo em fornecer a hormonioterapia às pessoas trans em situação de privação de liberdade e o obriga a prosseguir com o agendamento com urgência de consultas médicas às/aos interessadas/os para avaliação e eventual prescrição de tratamento hormonal, o qual deve ser fornecido gratuitamente e com celeridade pelo estado³⁶.

Dos demais julgados selecionados, todos tratam de Habeas Corpus (HCs), os quais 7 (sete) deles não foram conhecidos (quando o julgador deixa de analisar o mérito da questão) e 1 (um) deles teve a ordem denegada (quando o julgador julga improcedente o pedido ao analisar o mérito da questão).

Importante frisar a quantidade de quase 80% (oitenta por cento) dos julgados, em que as/os desembargadoras/es deixam de analisar o mérito dos pedidos unicamente por questões formais, de natureza processual, mesmo possuindo outros mecanismos para atender as demandas levadas a elas/es, como é o caso da concessão da liberdade ou de outra medida cautelar de ofício, quando diante de grave desrespeito aos direitos humanos do sujeito encarcerado.

O único acórdão, desses 7 (sete) julgados que não conheceram da ação, destoante de tal indiferença do julgador em relação aos casos apresentados, diz respeito ao HC 1.0000.19.120219-1/000, do TJ de Minas Gerais, que recomendou à magistrada de primeiro grau que oficiasse o Diretor do Presídio da Comarca de Igarapé para que verificasse a possibilidade de serem disponibilizadas escoltas policiais para que a paciente trans comparecesse a uma unidade de saúde que realize acompanhamento multiprofissional para sua condição³⁷.

36 BRASIL. Tribunal Regional Federal da 3ª Região (4ª Turma). **Agravo de Instrumento 5007504-54.2017.4.03.0000**. Relator: Desembargador Federal Marcelo Mesquita Saraiva, 21 de agosto de 2018, não paginado.

37 MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça (6ª Câmara Criminal). **Habeas Corpus Criminal 1.0000.19.120219-1/000**. Relator: Desembargador Jaubert Carneiro Jaques, 29 de outubro de 2019d, não paginado.

Cabe salientar que no caso do HC 0001931-88.2019.822.0000, do TJ de Rondônia, incluído nesse grupo de 7 (sete) processos, não foi analisado o mérito dos pedidos porque constatado que a impetrante da ação já estava sendo viabilizada a continuidade da sua terapia hormonal e pela superveniência da primeira *ala LGBTQIAP+* em um presídio do Estado³⁸.

Nos outros 5 (cinco) julgados, dentro desse segundo grupo de processos, em nenhum deles houve a adoção de qualquer medida complementar como essa citada, de acompanhamento multiprofissional fora do presídio, sendo a falta da hormonioterapia denunciada em todos esses processos. As/os magistradas/os nesses casos decidiram não analisar o mérito das questões, seja porque o pedido deveria ter sido feito de outra maneira processual (inadequação da via eleita), seja porque o pedido deveria ter sido feito primeiramente ao juízo de base (supressão indevida de instância).

Esses argumentos são usados nos acórdãos dos seguintes processos, todos provenientes do Tribunal de Justiça de Minas Gerais: HC 1.0000.19.007652-1/000, HC 1.0000.19.007661-2/000, HC 1.0000.19.007651-3/000, HC 1.0000.19.007662-0/000 e HC 1.0000.19.007667-9/000. Já no HC 1.0000.19.007615-8/000, também de Minas Gerais, o tribunal denega a ordem por entender que não havia constrangimento ilegal a ser afastado (*sic*), mesmo a paciente transexual denunciando a ausência de hormonioterapia no presídio em que estava cumprindo pena³⁹.

Vemos, assim, que existe certa aquiescência das Instituições, aqui refletida na ausência de implementação de uma política pública pelo Executivo e pela forma como a temática é (não) decidida pelo Judiciário, que, por uma via, invisibiliza e silencia a vivência trans em privação de liberdade, e, por outra, entende como parâmetro de normalidade a situação de violação dos direitos dessas pessoas.

Esse cenário é um demonstrativo de como a sociedade como um todo trata as pessoas trans, enviesadas pela violência estrutural e institucional contra os dissidentes de gênero. A certeza que fica é a da subalternização dessas vidas, marcadas pela violência transfóbica vista como normalidade, ou, como no discurso judiciário, *ausente de constrangimento ilegal*.

4. A VULNERABILIZAÇÃO DA SAÚDE DAS PESSOAS TRANS EM

38 RONDÔNIA. Tribunal de Justiça (1ª Câmara Criminal). **Habeas Corpus 0001931-88.2019.822.0000**. Relator: Desembargador José Antonio Robles, 1º de agosto de 2019, não paginado.

39 MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça (3ª Câmara Criminal). **Habeas Corpus Criminal 1.0000.19.007615-8/000**. Relator: Desembargador Antônio Carlos Cruvinel, 26 de fevereiro de 2019b, não paginado.

PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Do que percebemos das denúncias levadas aos tribunais sobre a efetivação da política de acolhimento de LGBTQIAP+ em privação de liberdade, o tratamento hormonal (ou hormonioterapia) é uma pauta de grande relevância para as pessoas trans no cárcere.

Fazer com que tal tratamento chegue até os presídios, no entanto, é um processo que, como vimos, enfrenta diversas dificuldades de ordem prática. Nesta seção, veremos essas dificuldades sob o ponto de vista normativo, ao questionarmos quais os entraves que a legislação brasileira enfrenta para a efetivação do direito das pessoas trans ao acesso à hormonioterapia.

No Brasil, até 2014, a política nacional de saúde para as pessoas em privação de liberdade estava na Portaria Interministerial 1777/2003, assinada pelos Ministros da Saúde e da Justiça, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP).

O Plano, que prometeu estar alinhado com o direito à cidadania e à efetivação dos direitos humanos das pessoas encarceradas, trouxe diversas disposições sobre o acesso à saúde no âmbito prisional e também questões orçamentárias.

No art. 5º do PNSSP, por exemplo, a Portaria criou o *Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário*, estabelecendo dotações orçamentárias anuais de acordo com a capacidade das unidades prisionais, a ser financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) em 70% (setenta por cento), e pelo Ministério da Justiça em 30% (trinta por cento) do recurso⁴⁰.

No Anexo 1 da Portaria, o PNSSP dispõe sobre as ações de atenção básica a serem fornecidas para as mulheres e traça metas a serem cumpridas, entre elas: realização de pré-natal, controle do câncer cérvico-uterino e de mama e ações para diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, para assistência à anticoncepção, para imunização das gestantes, para assistência ao puerpério etc⁴¹.

Essas ações previstas notadamente para as unidades prisionais femininas, todavia, apesar de estarem classificadas no PNSSP como sendo de “saúde da mulher”, refletem tão somente ações voltadas para a saúde da mulher cisgênero, e, no máximo, algumas das necessidades dos homens transexuais.

40 BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004b, p. 25.

41 BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004b, p. 32-33.

Ações específicas para a saúde das mulheres transexuais e travestis privadas de liberdade em unidades prisionais masculinas, assim como para os próprios homens trans em unidades femininas, como é o caso da hormonioterapia, no entanto, são excluídas do Plano.

Apesar dessa ausência, em 2004, é criado o Brasil Sem Homofobia (Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República), que, posteriormente, passa a compor o PNDH-3.

O Programa Brasil sem Homofobia havia sido previsto no Plano Plurianual (PPA) 2004-2007 e definiu um programa integrado de ações de combate à violência homofóbica e transfóbica e de promoção à cidadania das pessoas LGBTQIAP+.

Esse PPA foi a primeira norma a nível nacional a prever uma agenda de atenção integral à saúde para a população LGBTQIAP+ no cárcere, embora cite apenas a vivência dos homossexuais privados de liberdade, deixando de considerar as pessoas trans⁴².

O documento também formalizou o Comitê Técnico *Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais*, no âmbito do Ministério da Saúde, que teria como objetivo a estruturação de uma Política Nacional de Saúde voltada especificamente para essa população⁴³.

A *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*, no entanto, só veio a ser aprovada em dezembro de 2011, pela Portaria 2836 do Ministério da Saúde.

O art. 4º da Política colocou como competência do Ministério da Saúde a articulação junto às secretarias de saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que oferecessem atenção à saúde não só de lésbicas, gays e bissexuais, como, agora sim, também de travestis e transexuais em situação de cárcere, conforme diretrizes do PNSSP⁴⁴.

Dessa forma, travestis e transexuais foram finalmente incluídas/os na previsão de

42 BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Ministério da Saúde. **Brasil Sem Homofobia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, p. 23.

43 BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Ministério da Saúde. **Brasil Sem Homofobia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, p. 23-24.

44 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília, 01 dez. 2011, não paginado. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 25 fev. 2021.

elaboração de propostas para atenção à saúde no sistema carcerário, apesar de alicerçar suas estratégias para a atenção à saúde dessa população no PNSSP, que, como já vimos, não traz qualquer previsão para o grupo, quanto menos para as travestis e mulheres trans.

Fruto dos dez anos de existência do PNSSP, surge, então, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1/2014, assinada pelo Ministro da Saúde e pelo Ministro da Justiça e Segurança Pública.

Essa Portaria, que inova ao criar nos presídios pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde a serem cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), ou seja, permite que sejam fundados pontos de atenção básica à saúde dentro das próprias unidades prisionais, todavia, novamente erra ao não incluir qualquer planejamento específico voltado para a população LGBTQIAP+⁴⁵.

Curioso é que o art. 7º da Resolução Conjunta nº 1/2014 do CNPCP e do CNCD/LGBT, que, como vimos, é o marco regulatório norteador da política de acolhimento de LGBTQIAP+ em privação de liberdade, previu a garantia da atenção integral à saúde para esse grupo e a manutenção do tratamento hormonal das pessoas trans, “atendidos os parâmetros da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP”⁴⁶. Mas, como visto, nenhum desses dois documentos viabiliza realmente essa garantia de atenção integral à saúde, por não prever estratégias específicas para as pessoas trans.

Outras normas nacionais que são referência para a proteção dos direitos sexuais e transidentitários também padecem desse mesmo problema.

Vejamos, por exemplo, que o PNDH-3, aprovado pelo Decreto 7037/2009 da Presidência da República e que traça as diretrizes básicas para a proteção dos direitos humanos no Brasil, nas suas ações programáticas, obriga o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República a garantirem o

45 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 02 jan. 2014b, não paginado. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 25 fev. 2021.

46 BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução Conjunta nº 1, de 15 de abril de 2014**. Brasília, 17 abr. 2014a, não paginado. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2014/resolucao-conjunta-no-1-de-15-de-abril-de-2014.pdf/view>. Acesso em: 20 jan. 2020.

acompanhamento multiprofissional do processo transexualizador das pessoas trans no Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas famílias, mas não prevê qualquer estratégia para as pessoas trans que estão em situação de privação de liberdade⁴⁷.

Da mesma forma, a Portaria 2803/2013 do MS, que redefine o processo transexualizador no SUS, e a Resolução 26/2017 também do MS, que trata do II Plano Operativo (2017- 2019) da Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIAP+, igualmente não se preocupam com a situação específica vivida pelas pessoas trans em privação de liberdade⁴⁸.

Quanto à disponibilização de hormônios para a população trans em privação de liberdade, o art. 574 e seguintes da Portaria de Consolidação nº 6/2017 do MS, que tratam das normas de financiamento dos serviços do SUS nos presídios, determinam que a oferta de medicamentos no âmbito da PNAISP terá como base a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo de responsabilidade do Ministério o financiamento dos medicamentos constantes do Anexo I da RENAME (Componente Básico da Assistência Farmacêutica), na ordem de R\$ 17,73 (dezessete reais e setenta e três centavos) por pessoa privada de liberdade⁴⁹.

Nesse componente, todavia, não está relacionado qualquer medicamento hormonal para fins de tratamento do processo transexualizador.

Outros pesquisadores apontam, ainda, que os medicamentos hormonais constantes da RENAME são apenas *acetato de ciproterona*, *finasterida* e alguns estrogênios conjugados, o que não compreende todas as possibilidades de prescrição médica⁵⁰.

47 BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009**. Dispõe sobre Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3). Brasília, 21 dez. 2009, não paginado. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7037.htm. Acesso em: 25 fev. 2021.

48 Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 19 nov. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 25 fev. 2021; BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 26, de 28 de setembro de 2017**. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017- 2019) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 28 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0026_27_10_2017.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20II%20Plano,do%20Sistema%20%C3%A9Anexo%20de%20Sa%C3%BAde. Acesso em: 25 fev. 2021.

49 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 28 dez. 2017a, não paginado. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 25 fev. 2021.

50 KRUGER, Alícia; et al. Características do uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, supl. 1, e190004, 2019, p. . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/9Cshmsw95pNmmdmGtxMZcqYc/>. Acesso em: 12 mar.

Mas mesmo quanto esses medicamentos, quando foram pesquisados na RENAME 2022, apenas a finasterida (5 mg – comprimido) e os estrogênios conjugados (0,625 mg/g – apenas na forma de creme vaginal) constam do Anexo I da Relação, que é o anexo que faz parte do componente assegurado pelo SUS para a atenção à saúde nas unidades prisionais, enquanto o acetato de ciproterona (50 mg – comprimido) consta do Anexo III⁵¹, que não é disponibilizado nessas unidades.

Além disso, a Relação, como alertam Lima e Cruz⁵², não prevê a disponibilização pelo SUS de testosterona ou qualquer outro hormônio masculino, tornando a situação dos transexuais masculinos que utilizam a hormonioterapia ainda mais difícil.

Esse problema parece ter sido invisibilizado (ou silenciado) tanto pelas Instituições de Saúde quanto pelas Instituições de Justiça, pois, mesmo nos esforços recentes pela proteção da população LGBTQIAP+ em privação de liberdade, não houve qualquer alteração nesses pontos.

Na 46ª Reunião Ordinária do CNCD/LGBT, em 2018, como exemplo disso, ficou proposta uma alteração da Resolução Conjunta de 2014, atualizando termos relacionados à identidade de gênero e prevendo acolhimento específico para as pessoas intersexo privadas de liberdade⁵³. Na reunião, contudo, nada foi proposto para alterar o dispositivo daquela Resolução que baseia a atenção integral à saúde da população LGBTQIAP+ em privação de liberdade na Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIAP+ e na PNAISP, ambas, possuidoras dos problemas tratados.

No julgamento pelo deferimento da Medida Cautelar na ADPF nº 527/DF em favor das pessoas trans em situação de privação de liberdade, o Ministro Barroso, da mesma forma, não adentra nos problemas relacionados à atenção à saúde nas unidades prisionais.

A Resolução nº 348/2020 do CNJ, apesar de atualizar a política de acolhimento de

2021.

51 BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. Brasília: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2022, pp. 86, 87 e 104.

52 LIMA, Fátima; CRUZ, Kathleen Tereza da. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 162-186, 2016, p. 165. DOI: [10.1590/1984-6487.sess.2016.23.07.a](https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.07.a). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/ysH4rWB8QMgdW33DGqWtrpx/>. Acesso em: 12 mar. 2021.

53 BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **46ª reunião ordinária do CNCD/LGBT**: ata da ordem do dia. Brasília, 24 ago. 2018, p. 07-13. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao-lgbt/reunioes-1/AtadaOrdemdoDia46ReunioOrdinriaCNCDLGBT.pdf>. Acesso em: 24 set. 2023.

LGBTQIAP+ em privação de liberdade, tornando-a bem mais adequada no que diz respeito às definições utilizadas, à inclusão da pessoa intersexo e à extensão dessa política para as/os adolescentes, também prevê a garantia da manutenção do tratamento hormonal pelas pessoas trans e a garantia de atendimento psicológico e psiquiátrico especializado, novamente, fundamentadas na Política Nacional de Saúde Integral de LGBTQIAP+ e na PNAISP, reproduzindo os problemas identificados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a investigação realizada, o objetivo foi o de perquirir os motivos da ineficiência institucional em fazer valer a política de acolhimento de LGBTQIAP+ em privação de liberdade, voltando nossa atenção especialmente para a questão do acesso ao tratamento hormonal (ou hormonioterapia), que funciona como um importante elemento do processo transexualizador das pessoas trans que estão em situação de encarceramento.

Para isso, tivemos como metodologia a pesquisa bibliográfica e pesquisa exploratória quali-quantitativa, utilizando a pesquisa documental como técnica apurada, a partir da análise de conteúdo dos marcos regulatórios nacionais que tratam do acesso à saúde e de julgados dos tribunais brasileiros que tratam da temática do direito à saúde para pessoas LGBTQIAP+ em privação de liberdade, referentes aos primeiros seis anos de vigência daquela Resolução (2014-2020).

A partir disso, chegamos às conclusões seguintes, que parecem confirmar nossos pressupostos iniciais.

Antes de tudo, é imperioso notar que, atualmente, são poucos os marcos legais sobre o tema dos direitos LGBTQIAP+, tanto nacional quanto internacionalmente, o que tem exigido uma postura ainda mais ativa do Judiciário quanto a isso, passando a ser o principal campo de luta para a efetivação dos direitos sexuais e transidentitários.

Tal configuração de (des)proteção de direitos, levada a cabo pelos Ministros do STF e não pelos sujeitos subalternizados, apesar de importante, não se coaduna com a cidadania sexual que se espera de uma democracia, que, como explica Moreira⁵⁴, exige o reconhecimento da necessidade de promoção de outras formas de inclusão, para a garantia da cidadania de todos os membros de minorias sexuais e de gênero como

54 MOREIRA, Adilson José. Cidadania sexual: postulado interpretativo da igualdade. **Direito, Estado e Sociedade**, Rio de Janeiro, n. 48, 2016, p. 39. DOI: 10.17808/des.48.547. Disponível em: <https://revistades.jur.puc-rio.br/index.php/revistades/article/view/547>. Acesso em: 12 jul. 2022.

membros plenos da sociedade, capazes de participar ao mesmo nível dos outros.

Isso se reflete na desarticulação das instituições em fazer valer uma política de acolhimento vigente desde 2014, com inúmeros percalços em sua execução, como a falta de uma lei de diversidade sexual e de gênero que unifique as regulações esparsas e incipientes, o controle judicial adequado dessa política e o esforço do Poder Executivo em seu cumprimento.

Com relação ao acesso à hormonioterapia pelas pessoas trans em situação de cárcere, a partir dos relatos da CPPA, do Instituto Penal de Campo Grande, da CTM2, do CRT do Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia, do Presídio Desembargador Flósculo da Nóbrega, da PDF I e do CRC, concluímos que esse acesso, na quase totalidade dos casos, ou é inexistente ou foi descontinuado por mudanças de gestão.

A judicialização dessa questão também é pífia, o que se demonstrou pela pesquisa nos buscadores eletrônicos de jurisprudência dos TJs e TRFs, que encontrou tão somente 9 (nove) julgados que se encaixassem nos parâmetros estabelecidos e que, em alguma medida, denota a subnotificação da questão na esfera do Judiciário.

Dos resultados dessa pesquisa, apenas 1 (um) dos julgados analisados teve decisão de mérito favorável. Nos demais, todos tratavam de HCs os quais ou não foram conhecidos ou tiveram a ordem denegada. Nestes, apenas um deles adotou medida complementar, qual seja, a recomendação para que a paciente transgênero fosse autorizada a realizar seu tratamento de saúde multiprofissional fora da unidade prisional.

Tais resultados apontam para certa aquiescência das instituições com a continuação desse cenário de violação a direitos humanos e à dignidade das pessoas trans, provavelmente por estarem inseridas em um ambiente social de violência estrutural contra esses corpos, tornando-se reprodutoras dela e potencializando a normalização e a banalização dessas violências.

Do ponto de vista normativo, verificamos que as ações previstas nacionalmente como sendo de atenção à saúde da mulher em privação de liberdade refletem tão somente as necessidades da mulher cisgênero, e, no máximo, algumas das necessidades dos homens transexuais, deixando a população trans em uma espécie de *limbo* regulatório (ou “não previsão”, “não decisão”, etc.) quanto ao seu direito à atenção integral à saúde no cárcere.

Esse problema é agravado pela previsão na Resolução Conjunta nº 1/2014 do CNPCP e do CNCD/LGBT e na Resolução nº 348/2020 do CNJ, que marcam a política de acolhimento de LGBTQIAP+ em privação de liberdade, de que a garantia da atenção integral à saúde para esse grupo se dará atendendo aos parâmetros da Política Nacional de Saúde Integral de LGBTQIAP+ (que não cita qualquer estratégia voltada para o

sistema prisional) e da PNAISP (que não cita qualquer estratégia voltada para as pessoas LGBTQIAP+), mesmo sem nenhum desses dois documentos viabilizarem realmente tal garantia.

Por fim, apontamos que o Anexo I da RENAME, que contém a lista de medicamentos a serem disponibilizados no sistema prisional, relaciona uma variedade extremamente reduzida de medicamentos hormonais para fins de tratamento do processo transexualizador, e apenas para o processo transexualizador feminino, uma vez que nem mesmo prevê (nem nesse anexo, nem em qualquer lugar da Relação) a disponibilização pelo SUS de testosterona, tornando a situação dos transexuais masculinos que utilizam a hormonioterapia ainda mais difícil.

Ao que parece, pois, a estratégia mais razoável nesse cenário seria atualizar os próprios documentos que marcam a política de atenção à saúde das pessoas trans em privação de liberdade, a saber, a Política Nacional de Saúde Integral de LGBTQIAP+, a PNAISP e a RENAME, ou, ainda, permitir que essas pessoas sejam acompanhadas sanitariamente nas dependências externas das unidades prisionais, como base na Lei de Execução Penal e nas diversas normas que confluem para a proteção da pessoa humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Felipe Laurêncio de Freitas; JESUS, Thiago Allisson Cardoso de. Internalização de tratados e convenções internacionais em matéria de processo penal por meio do controle difuso de convencionalidade. **Revista do Mestrado em Direito da UCB**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 67-92, jan./jun. 2020c. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rvmd/article/view/12291>. Acesso em: 17 jul. 2023.

ALVES, Felipe Laurêncio de Freitas; PEREIRA, Paulo Fernando Soares. A (in)visibilidade institucional das mulheres transexuais e travestis privadas de liberdade: reflexões sobre o poder judiciário. **Revista Quaestio Iuris**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 04, p. 1877-1906, out./dez. 2022. DOI: [10.12957/rqi.2022.64818](https://doi.org/10.12957/rqi.2022.64818). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/64818>. Acesso em: 22 mar. 2023.

AMARAL JÚNIOR, Ilmar Pereira do. **Educação para a diferença é um direito: a adequação constitucional das políticas públicas de combate à homofobia nas escolas**. 2016. 156 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Estado e Constituição da Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/20380>. Acesso em: 18 jul. 2023.

APT. **Towards the effective protection of LGBTI persons deprived of liberty: a**

monitoring guide. Beaumont: Villi, 2018. Disponível em: <https://www.apt.ch/en/resources/publications/towards-effective-protection-lgbti-persons-deprived-liberty-monitoring-guide>. Acesso em: 23 fev. 2021.

BARROSO, Luís Roberto. Contramajoritário, representativo e iluminista: os papéis dos tribunais constitucionais nas democracias contemporâneas. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 2171-2228, 2018. DOI: [10.1590/2179-8966/2017/30806](https://doi.org/10.1590/2179-8966/2017/30806). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/30806>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BENEVIDES, Bruna G. (Org.). **Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022**. Brasília: Distrito Drag; ANTRA, 2023. Disponível em: <https://antrabrasil.org/assassinatos/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

BENEVIDES, Bruna G. (Org.). **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2021**. Brasília: Distrito Drag, ANTRA, 2022. Disponível em: <https://antrabrasil.org/assassinatos/>. Acesso em: 12 abr. 2022.

BENEVIDES, Bruna G.; NOGUEIRA, Sayonara Naider. (Orgs.). **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019**. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2020. Disponível em: <https://antrabrasil.org/assassinatos/>. Acesso em: 3 maio 2022.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Lisboa: DIFEL; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Ministério da Saúde. **Brasil Sem Homofobia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **46ª reunião ordinária do CNCD/ LGBT: ata da ordem do dia**. Brasília, 24 ago. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao-lgbt/reunioes-1/AtadaOrdemdoDia46ReunioOrdinriaCNCDLGBT.pdf>. Acesso em: 24 set. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução Conjunta nº 1, de 15 de abril de 2014**. Brasília, 17 abr. 2014a. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/composicao/cnpcp/>

resolucoes/2014/resolucao-conjunta-no-1-de-15-de-abril-de-2014.pdf/view. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 348 de 13 de outubro de 2020**. Brasília: CNJ, 2020a. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3519#:~:text=1%C2%BA%20Estabelecer%20procedimentos%20e%20diretrizes,alternativas%20penais%20ou%20monitorada%20eletronicamente>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Nota Técnica nº 7/2020/DIAMGE/CGCAP/DIRPP/DEPEN/MJ**. Brasília, 10 mar. 2020b. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2020/03/notatecnica.pdf>. Acesso em: 01 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **LGBT nas prisões do Brasil**: diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento. Brasília: Departamento de Promoção dos Direitos de LGBT, 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/fevereiro/TratamentopenaldepessoasLGBT.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 28 dez. 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 02 jan. 2014b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 26, de 28 de setembro de 2017**. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017- 2019) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 28 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0026_27_10_2017.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20II%20Plano,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde. Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013.** Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 19 nov. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília, 01 dez. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.** Brasília: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009.** Dispõe sobre Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3). Brasília, 21 dez. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7037.htm. Acesso em: 25 fev. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 527.** Relator: Ministro Roberto Barroso. Redator do acórdão: Ministro Luiz Fux, 15 de agosto de 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5496473>. Acesso em: 01 out. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 3ª Região (4ª Turma). **Agravo de Instrumento 5007504-54.2017.4.03.0000.** Relator: Desembargador Federal Marcelo Mesquita Saraiva, 21 de agosto de 2018.

COLONIESE, Bárbara; FERREIRA, Guilherme Gomes; KLEIN, Caio Cesar. **Relatório de inspeção nacional sobre a população LGBTI+ privada de liberdade no Brasil.** Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT): 2023. Disponível em: <https://mnpctbrasil.wordpress.com/relatorios/>. Acesso em: 05 nov. 2023.

FRASER, Nancy. A justiça social na globalização: redistribuição, reconhecimento e participação. Tradução de Teresa Tavares. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 63, p. 7-20, out. 2002. Disponível em: <https://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/63/RCCS63-Nancy%20Fraser-007-020.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

KRUGER, Alcília; et al. Características do uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, supl. 1, e190004, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/9Cshmsw95pNmdmGtxMZcqYc/>. Acesso em: 12 mar. 2021.

LIMA, Fátima; CRUZ, Kathleen Tereza da. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 162-186, 2016. DOI: [10.1590/1984-6487.sess.2016.23.07.a](https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.07.a). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/ysH4rWB8QMgdW33DGqWtrpx/>. Acesso em: 12 mar. 2021.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça (1ª Câmara Criminal). **Habeas Corpus Criminal 1.0000.19.007652-1/000**. Relator: Desembargador Alberto Deodato Neto, 21 de maio de 2019a.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça (3ª Câmara Criminal). **Habeas Corpus Criminal 1.0000.19.007615-8/000**. Relator: Desembargador Antônio Carlos Cruvinel, 26 de fevereiro de 2019b.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça (6ª Câmara Criminal). **Agravo em Execução Penal 1.0000.19.068162-7/000**. Relator: Guilherme de Azeredo Passos (juiz de direito convocado), 1º de outubro de 2019c.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça (6ª Câmara Criminal). **Habeas Corpus Criminal 1.0000.19.120219-1/000**. Relator: Desembargador Jaubert Carneiro Jaques, 29 de outubro de 2019d.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça (6ª Câmara Criminal). **Habeas Corpus Criminal 1.0000.19.007661-2/000**. Relatora: Desembargadora Márcia Milanez, 12 de março de 2019e.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça (6ª Câmara Criminal). **Habeas Corpus Criminal 1.0000.19.007651-3/000**. Relator: Desembargador Flávio Leite, 12 de maio de 2019f.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça (6ª Câmara Criminal). **Habeas Corpus Criminal 1.0000.19.007662-0/000**. Relator: Desembargador Jaubert Carneiro Jaques, 23 de abril de 2019g.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça (7ª Câmara Criminal). **Habeas Corpus Criminal 1.0000.19.007667-9/000**. Relator: Desembargador Marcílio Eustáquio Santos, 8 de maio de 2019h.

MOREIRA, Adilson José. Cidadania sexual: postulado interpretativo da igualdade. **Direito, Estado e Sociedade**, Rio de Janeiro, n. 48, p. 10-46, 2016. DOI: 10.17808/des.48.547. Disponível em: <https://revistades.jur.puc-rio.br/index.php/revistades/article/view/547>. Acesso em: 12 jul. 2022.

OEA. **Convenção Americana de Direitos Humanos**. San José, 22 nov. 1969. Disponível

em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 05 set. 2023.

OEA. Corte Interamericana de Derechos Humanos. **Opinión Consultiva OC-29/22:** enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad. San José, 30 maio 2022. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/opiniones_consultivas.cfm. Acesso em: 06 set. 2023.

PAINEL INTERNACIONAL... **Princípios de Yogyakarta.** Yogyakarta, jul. 2007. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 5 mar. 2020.

RONDÔNIA. Tribunal de Justiça (1ª Câmara Criminal). **Habeas Corpus 0001931-88.2019.822.0000.** Relator: Desembargador José Antonio Robles, 1º de agosto de 2019.

TEDESCHI, Losandro Antonio; TEDESCHI, Sirley Lizott. Pensar o(s) gênero(s) para além das fronteiras. *In:* LIMA, Emanuel Fonseca; WATSON, Carmen Soledad Aurazo de (Orgs.) **Identidade e diversidade cultural na América Latina.** Porto Alegre: Fi, 2017. p. 107-124.



Gostaria de submeter seu trabalho a **Revista Direito.UnB**?

Gostaria de submeter seu trabalho a Revista Direito.UnB?

Visite <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb>

e saiba mais sobre as nossas Diretrizes para Autores.

CRIANÇAS INTERSEXO E CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL: INTERVIR PARA QUE(M)?

INTERSEX CHILDREN AND SEXUAL REASSIGNMENT SURGERY: INTERVENE FOR WHAT(WHO)?

Recebido: 09/11/2023.

Aceito: 19/08/2024.

LUIZ GERALDO DO CARMO GOMES

Bolsista Produtividade em pós-doutoramento Júnior pelo CNPq/FA - Fundação Araucária na UENP - Universidade Estadual do Norte do Paraná (2023/2024). Pós Doutorado em Ciência Jurídica pela UENP - Universidade Estadual do Norte do Paraná (2020/2021). Estágio Postdoctoral researcher pela School of Law da University of Limerick -Irlanda (2019/2020). Doutor em Função Social do Direito pela FADISP – Faculdade Autônoma de Direito de São Paulo (2014/2018). Mestre em Ciências Jurídicas pela UniCesumar - Universidade Cesumar (2012-2014) Foi professor visitante na School of Law da University of Limerick (Irlanda). Professor colaborador no PPGCJ (Programa de pós-graduação em Ciência Jurídica) da UENP - Universidade Estadual do Norte do Paraná. Professor Colaborador na UEM - Universidade Estadual de Maringá. Docente e pesquisador bolsista na UniCV - Centro Universitário Cidade Verde. Docente na UniFatecie. Coordenador do Grupo de Pesquisa do CNPq Direito, Estado e Bioética (UENP) e Pesquisas empíricas em direitos humanos e justiça. Autor do livro Famílias no Armário: paternidade e sexualidades divergentes. Pesquisador em Sexualidades, gênero e Direitos.

E-mail: lgcarmo@icloud.com.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1333-1891>.

LEONARDO BOCCHI COSTA

Mestre em Direito pela Universidade de Brasília; analista acadêmico do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP); pesquisador do Grupo de Pesquisa Estudos Qonstitucionais (CNPq/UnB).

E-mail: leonardo.bocchi@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2425-7105>.

RESUMO

O presente estudo tem como finalidade demonstrar a relação existente entre a decisão dos familiares envolvendo a cirurgia de redesignação sexual de crianças intersexo e os direitos fundamentais da população intersexo. Para isso, será realizada uma análise envolvendo o enfoque patológico despendido pela Medicina ao fenômeno da intersexualidade, com a abordagem da teoria da psiconeutralidade sexual e da Resolução 1.664/2003 do Conselho Federal de Medicina. Posteriormente, a intersexualidade será analisada como fenômeno capaz de afrontar o binarismo e a inteligibilidade de gênero, motivo pelo qual o poder

biopolítico precisa ser exercido por meio da Medicina para adequar os corpos intersexo aos padrões binários. No último capítulo, será demonstrado como a abordagem urgencial adotada pelo Conselho Federal de Medicina vulnerabiliza os familiares da criança e vicia seu consentimento. Além disso, a legitimidade dos familiares em fazer escolhas envolvendo o corpo e a sexualidade da criança será debatida, a fim de dar visibilidade aos direitos fundamentais da pessoa intersexo, como o direito à autodeterminação, à identidade e ao reconhecimento. Diante de toda a exposição, pôde-se concluir que a decisão dos familiares envolvendo a cirurgia de redesignação sexual de recém-nascidos intersexo se relaciona diretamente aos direitos fundamentais da população intersexo, de modo a ser necessário o adiamento da deliberação até o momento em que o indivíduo seja capaz de discernir por si só sobre sua identidade sexual. Utilizaram-se como métodos de levantamento de dados a pesquisa indireta bibliográfica e documental. Para realizar a abordagem da pesquisa, utilizou-se o método dedutivo.

Palavras-chave: Biopolítica; Cirurgia de Redesignação Sexual; Direitos Fundamentais; Intersexualidade; Questões de gênero.

ABS

TRACT

The present study aims to demonstrate the relationship between the decision of family members involving sex reassignment surgery for intersex children and the fundamental rights of the intersex population. For this, an analysis will be carried out involving the pathological approach taken by Medicine to the phenomenon of intersexuality, with the approach of the theory of sexual psychoneutrality and Resolution 1664/2003 of the Federal Council of Medicine. Subsequently, intersexuality will be analyzed as a phenomenon capable of confronting gender binarism and intelligibility, which is why biopolitical power needs to be exercised through Medicine to adapt intersex bodies to binary patterns. In the last chapter, it will be demonstrated how the urgent approach adopted by the Federal Council of Medicine makes the child's family vulnerable and vitiates their consent. In addition, the legitimacy of family members in making choices involving the child's body and sexuality will be discussed, in order to give visibility to the fundamental rights of the intersex person, such as the right to self-determination, identity and recognition. In view of all the exposition, it was possible to conclude that the decision of the family members involving the sex reassignment surgery of intersex newborns is directly related to the fundamental rights of the intersex population, so that it is necessary to postpone the deliberation until the moment when the individual is able to discern for himself about his sexual identity. The indirect bibliographic and documental research was used as data collection methods. To carry out the research approach, the deductive method was used

Keywords: Biopolitics; Fundamental rights; Gender issues; Intersexuality; Sex Reassignment Surgery.

1. INTRODUÇÃO

A intersexualidade é questão importante no debate jurídico brasileiro por ser característica verificada em um por cento dos indivíduos, de acordo com estimativa realizada pela Organização Mundial da Saúde. Apesar de ser fenômeno de incidência significativa nos seres humanos, os indivíduos intersexo encontram-se em condição de invisibilidade e são obrigados a lidar, desde o nascimento, com intervenções médicas em seu corpo para viabilizar a adequação corporal aos padrões binários.

Como o protocolo adotado pelo Conselho Federal de Medicina encara a intersexualidade como urgência médica, as cirurgias de redesignação sexual normalmente ocorrem enquanto o indivíduo é um bebê e, desse modo, incapaz de opinar e defender suas próprias vontades. Resta aos familiares do indivíduo, portanto, a função de decisão no que diz respeito às intervenções médico-cirúrgicas sobre o corpo intersexo. A família da criança poderá, portanto, escolher pela realização da cirurgia de redesignação sexual para que o corpo do indivíduo se adeque aos padrões binários ou adiar o tratamento médico até que o indivíduo seja capaz de discernir sobre sua própria identidade.

Diante da importante decisão que os familiares da criança intersexo precisam lidar logo após o nascimento, a presente pesquisa se dispõe a responder o seguinte questionamento: qual a relação entre a decisão dos familiares sobre a cirurgia de redesignação sexual e os direitos fundamentais da criança intersexo?

A hipótese adotada pela presente pesquisa científica é a de que o adiamento da decisão envolvendo a cirurgia de redesignação sexual até que a criança seja capaz de decidir sobre sua própria identidade é a postura capaz de promover os direitos fundamentais do indivíduo intersexo, uma vez que a cirurgia mencionada, na maior parte das vezes, tem a estética como única finalidade. Desse modo, sua adoção pelos genitores, sem que o indivíduo diretamente afetado pela decisão possa ser ouvido, é atitude que viola direitos fundamentais do menor, como o direito à autodeterminação, à identidade e ao reconhecimento.

Para os objetivos da pesquisa serem devidamente atingidos, adotaram-se como técnicas de levantamento de dados a pesquisa indireta bibliográfica e documental, com análise da literatura consolidada sobre a intersexualidade, do documento responsável por regulamentar o protocolo adotado pelo Conselho Federal de Medicina para abordar a intersexualidade, sem prejuízo da utilização de normas jurídicas constitucionais e infraconstitucionais brasileiras. Para realizar a abordagem científica da pesquisa, utilizou-se o método dedutivo.

2. O ENFOQUE BIOMÉDICO DOS INDIVÍDUOS INTERSEXO

O enfrentamento da questão envolvendo indivíduos intersexo e a cirurgia de redesignação sexual passa necessariamente pela análise do enfoque biomédico despendido a essa população. Isso porque, além de envolver questões sociais e identitárias, a intersexualidade é um estado genético e hormonal do indivíduo¹. Desse modo, abordar o modo como as ciências médicas encaram o fenômeno da intersexualidade é indispensável para a análise aprofundada da questão.

De início, é preciso pontuar a diferença existente entre a intersexualidade e o hermafroditismo, termos constantemente confundidos em decorrência do déficit de pesquisa envolvendo o tema². A confusão conceitual ocorre até mesmo na nomenclatura médica adotada para diferenciar as espécies de manifestações da intersexualidade. Conclui-se, desde já, que a intersexualidade é o gênero, enquanto suas manifestações seriam as espécies³.

As ciências biomédicas conceituam o fenômeno da intersexualidade como distúrbio da diferenciação sexual (DDS), subdividindo-o em quatro grandes grupos: o pseudo-hermafroditismo feminino, o pseudo-hermafroditismo masculino, a disgenesia gonadal mista e o hermafroditismo verdadeiro⁴. Sobre as especificações dos quatro grupos da intersexualidade, obtém-se:

Em termos biomédicos, os DDS classificam-se em quatro grandes grupos: o pseudo-hermafroditismo feminino (o sexo cromossômico é 46 XX, o indivíduo possui ovário, mas a genitália externa é “ambígua”); o pseudo-hermafroditismo masculino (o sexo cromossômico é 46 XY, o indivíduo possui testículos, mas a genitália externa é feminina ou “ambígua”); a disgenesia gonadal mista (o indivíduo possui gônadas constituídas apenas por tecido fibroso, sem função hormonal nem capacidade de produção de gametas, e sem estruturas que permitam caracterizá-las como ovários ou testículos); e o hermafroditismo verdadeiro (pessoas que possuem tanto tecido ovariano quanto testicular, em geral associada à ambiguidade genital interna e externa)⁵.

1 GOMES, Luiz Geraldo do Carmo. **Famílias no armário**: parentalidades e sexualidades divergentes. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2019, p. 83.

2 GOMES, Luiz Geraldo do Carmo. **Famílias no armário**: parentalidades e sexualidades divergentes. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2019, p. 83.

3 GOMES, Luiz Geraldo do Carmo. **Famílias no armário**: parentalidades e sexualidades divergentes. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2019, p. 83.

4 FRASER, Roberta Tourinho Dantas; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. Intersexualidade e direito à identidade: uma discussão sobre o assentamento civil de crianças intersexuadas. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 3, p. 358-366, 2012.

5 FRASER, Roberta Tourinho Dantas; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. Intersexualidade e direito

A simples observação dos termos conceituais utilizados para identificar as espécies da intersexualidade é suficiente para compreender que os próprios termos biomédicos se guiam pela ideia de hermafroditismo ao abordar o fenômeno da intersexualidade. O atual paradigma conceitual é equivocado e estigmatizante, sendo, por esse motivo, confrontado e questionado não apenas por questões sociais, mas também biológicas. Isso porque o termo “hermafrodita” advém da ideia de um indivíduo com dois conjuntos genitais completos e órgãos sexuais masculino e feminino⁶, o que se traduz em verdadeira inviabilidade biológica.

Além disso, o sistema conceitual gera uma espécie de hierarquização das pessoas intersexuais, dividindo-as em “reais” e “falsas”. Outra razão biomédica para confrontar o paradigma conceitual é o fato de rotular as pessoas intersexuais de acordo com a mera presença ou ausência de determinados tecidos gonadais ser anterior às ciências modernas da genética e da endocrinologia⁷. Os motivos sociais pertinentes ao enfrentamento ao atual sistema conceitual da intersexualidade dizem respeito ao alto potencial nocivo do termo “hermafrodita” à população intersexo, já que, além de estigmatizante, tal nomenclatura atrai a atenção indesejada de indivíduos com fetiches e fantasias sexuais⁸.

Portanto, há intransponível diferença entre hermafrodita e o indivíduo intersexo, já que o fenômeno do hermafroditismo é inviável em seres humanos por se caracterizar pela coexistência de dois conjuntos genitais completos e órgãos sexuais masculino e feminino. Enquanto isso, a população intersexo são indivíduos que receberam diagnósticos médicos referentes a certo grau de ambiguidade sexual em termos biológicos⁹. Tais indivíduos se caracterizam pela classificação binária imediata (masculino ou feminino) dificultada pelo não reconhecimento visual dos ductos genitais e de sua genitália externa¹⁰.

Em termos biomédicos, o indivíduo sob a condição de intersexualidade não apresenta sexo cromossômico, genitália ou sistema reprodutivo dentro dos padrões

à identidade: uma discussão sobre o assentamento civil de crianças intersexuadas. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 3, p. 358-366, 2012.

6 DREGER, Alice D et al. Changing the Nomenclature/Taxonomy for Intersex: A Scientific and Clinical Rationale. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, v. 18, n. 8, p. 729-733, 2005.

7 DREGER, Alice D et al. Changing the Nomenclature/Taxonomy for Intersex: A Scientific and Clinical Rationale. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, v. 18, n. 8, p. 729-733, 2005.

8 DREGER, Alice D et al. Changing the Nomenclature/Taxonomy for Intersex: A Scientific and Clinical Rationale. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, v. 18, n. 8, p. 729-733, 2005.

9 PAULINO, Marina Cortez. In/visibilia: deslumbramentos e silenciamentos dos corpos intersexo. 255 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

10 LIMA, Shirley Acioly Monteiro de. Intersexo e (in)visibilidade: cidadania e saúde na busca do Registro Geral de identificação (RG). 103 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2014.

considerados normais sob a óptica binária¹¹. Trata-se de população associada à invisibilidade, já que a discussão científica envolvendo os indivíduos intersexo se limitava, até pouco tempo atrás, às áreas médicas e biológicas, sem que houvesse pesquisas significativas abordando questões sociológicas e antropológicas envolvendo a intersexualidade¹².

Esse limbo de conhecimento gerado pelo déficit de pesquisas na área das ciências humanas e sociais desencadeou importantes consequências para a população intersexo, principalmente no modo como as ciências biológicas encaravam tal questão, já que a partir da constatação da condição de intersexualidade, diferentes propostas de manejo surgiram¹³ para lidar com a questão.

2.1 A TEORIA DA PSICONEUTRALIDADE SEXUAL DE JOHN MONEY

As consequências enfrentadas pela população intersexo em face do déficit de pesquisas envolvendo esse nicho populacional nas ciências humanas podem ser percebidas quando se analisa a teoria desenvolvida por John Money, na segunda metade do século XX. Segundo o psicólogo, todas as crianças supostamente nasceriam com uma neutralidade psicosexual, permitindo designações médicas em qualquer gênero, desde que a anatomia do genital conferisse credibilidade à conduta praticada¹⁴. Portanto, nos termos da teoria de Money, até os primeiros 24 meses de vida, crianças poderiam passar pelo processo de redesignação sexual e se identificar com o gênero estabelecido, já que seriam neutras psicosexualmente até esse período¹⁵.

Tal teoria foi utilizada como base para reforçar o entendimento de que os indivíduos intersexo deveriam passar por redesignação sexual, já que, uma vez passando por esse processo, tais crianças cresceriam identificadas com o gênero a que foi designada, sem ter de lidar com a ambiguidade biossexual. Reforça-se, portanto, a imposição de uma sexualidade pré-ordenada à população intersexo¹⁶, sem se possibilitar o crescimento do

11 LIMA, Shirley Acioly Monteiro de. Intersexo e (in)visibilidade: cidadania e saúde na busca do Registro Geral de identificação (RG). 103 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2014.

12 PINO, Nádia. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos. Cadernos Pagu, v. 28, p. 149-174, 2007.

13 LIMA, Shirley Acioly Monteiro de. Intersexo e (in)visibilidade: cidadania e saúde na busca do Registro Geral de identificação (RG). 103 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2014.

14 SPINOLA-CASTRO, Angela Maria. A importância dos aspectos bioéticos e psicológicos na Abordagem do Intersexo. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 49, n. 1, p. 46-59, 2005.

15 GOMES, Luiz Geraldo do Carmo. Famílias no armário: parentalidades e sexualidades divergentes. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2019, p. 84.

16 GOMES, Luiz Geraldo do Carmo. Famílias no armário: parentalidades e sexualidades divergentes.

indivíduo como intersexo. É justamente a partir dessa teoria que a ambiguidade genital passa a ser considerada como caso de emergência médica¹⁷.

Tomando como base a teoria de John Money, cria-se o consenso de que a tomada de decisão envolvendo os casos de indivíduos intersexo deve ser extremamente rápida e envolver um grupo multiprofissional, sem a participação dos pais, familiares ou do paciente. Os esforços médicos deveriam ser direcionados a criar como menino ou menina uma criança fisicamente adequada ao gênero designado, com a finalidade de se obter indivíduos bem ajustados¹⁸ ao binarismo de gênero.

Não fossem suficientes a tomada de decisão sem o consentimento dos pais ou do paciente e o reforço do binarismo de gênero, o consenso criado em torno da teoria de John Money se alicerça em uma falácia, uma teoria científica refutada e que gerou extremo sofrimento aos pacientes envolvidos nas pesquisas empíricas. Os problemas da teoria da psiconeutralidade sexual vieram à tona com a história da família Reimer, que tiveram filhos gêmeos univitelinos chamados Bruce e Brian. Todavia, por conta de uma cirurgia de circuncisão malfeita, Bruce teve seu órgão genital mutilado e necrosado, com posterior amputação do membro¹⁹.

Com as tecnologias de reconstrução de peniana caminhando a passos curtos, a família Reimer buscou auxílio junto a John Money, que determinou a criação de David como uma mulher, passando a ser chamado de Brenda. Brenda, então, foi submetida a diversos tratamentos hormonais e cirúrgicos para que houvesse adequação à sua realidade, inclusive com a mudança de roupa da criança. Quando John Money pressionou a família a submeter Brenda à cirurgia de construção de vulva, os pais da criança resolveram suspender as consultas e o tratamento²⁰.

Acontece que Brenda não se identificava com o gênero feminino e, quando foi científica acerca do procedimento de redesignação sexual que sofreu, buscou reverter o processo para retornar ao seu sexo de nascimento²¹. Brenda passa a se chamar, então, David e, alguns anos depois, decide expor publicamente sua história com a finalidade de desencorajar práticas médicas similares. Por fim, aos 38 anos de idade, em decorrência

Belo Horizonte: Casa do Direito, 2019, p. 84.

17 SPINOLA-CASTRO, Angela Maria. A importância dos aspectos bioéticos e psicológicos na Abordagem do Intersexo. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 49, n. 1, p. 46-59, 2005.

18 SPINOLA-CASTRO, Angela Maria. A importância dos aspectos bioéticos e psicológicos na Abordagem do Intersexo. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 49, n. 1, p. 46-59, 2005.

19 GOMES, Luiz Geraldo do Carmo. *Famílias no armário: parentalidades e sexualidades divergentes*. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2019, p. 85.

20 GOMES, Luiz Geraldo do Carmo. *Famílias no armário: parentalidades e sexualidades divergentes*. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2019, p. 85.

21 GOMES, Luiz Geraldo do Carmo. *Famílias no armário: parentalidades e sexualidades divergentes*. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2019, p. 85.

do intenso sofrimento por conta da experiência a que foi submetido, David Reimer comete suicídio²².

E não apenas David fora atingido pelas experiências de John Money, mas sua família inteira. Brian, irmão gêmeo de David/Bruce, morreu dois anos antes do suicídio de David em decorrência de overdose de antidepressivos²³. Mesmo com a caída por terra dessa teoria, cujo idealizador foi responsável por causar uma verdadeira tragédia familiar, a ideia da psiconeutralidade sexual de John Money influencia até hoje protocolos e o modo de encarar a questão da intersexualidade, conforme será demonstrado posteriormente.

2.2 A ERA DO CONSENSO

Mudanças significativas envolvendo o enfrentamento biomédico à questão da intersexualidade ocorreram a partir de 2006, com o advento do Consenso de Chicago. Esse é o nome pelo qual ficou conhecido o documento resultante da reunião de cinquenta especialistas no manejo clínico da intersexualidade, composto por médicos e ativistas intersexo²⁴

Dentre as inovações trazidas pelo Consenso, destaca-se a mudança na nomenclatura utilizada para identificar a intersexualidade. Anteriormente, utilizava-se o termo Anomalia de Diferenciação Sexual (ADS) para se referir aos indivíduos intersexo. Com a sugestão trazida pelo Consenso de Chicago, passou-se a utilizar a nomenclatura Distúrbio do Desenvolvimento Sexual (DDS)²⁵, com menor carga pejorativa à população intersexo.

Uma das finalidades da reunião dos especialistas que resultou no Consenso de Chicago, portanto, era o abandono de termos estigmatizantes²⁶ à população intersexo. Todavia, outra inovação relevante sugerida no Consenso de Chicago alterou, ainda que minimamente, a forma como a intersexualidade era encarada pelos profissionais de saúde. A partir do Consenso, a importância de uma equipe multidisciplinar no processo

22 GOMES, Luiz Geraldo do Carmo. Famílias no armário: parentalidades e sexualidades divergentes. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2019, p. 86.

23 GOMES, Luiz Geraldo do Carmo. Famílias no armário: parentalidades e sexualidades divergentes. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2019, p. 86.

24 PAULINO, Marina Cortez. In/visibilia: deslumbramentos e silenciamentos dos corpos intersexo. 255 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

25 SANTOS, Thais Emilia de Campos dos. Educação de crianças e adolescentes intersexo. 180 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Marília, 2020.

26 PAULINO, Marina Cortez. In/visibilia: deslumbramentos e silenciamentos dos corpos intersexo. 255 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

de tomada de decisão envolvendo crianças intersexo foi ressaltada²⁷.

Além disso, os pais e os familiares da criança passaram a ser incluídos no processo de tomada de decisão – mudança significativa se comparada ao protocolo da Era Money, que excluía peremptoriamente os familiares da criança da tomada de decisão²⁸. Em que pese a evolução acima mencionada, o indivíduo intersexo, certamente o maior interessado na decisão envolvendo seu corpo, continuou alheio ao processo de tomada de decisão, que continuou precisando apresentar seu desenlace de maneira rápida, uma vez ainda se encarando a intersexualidade como urgência médica.

Haja vista se tratar de criança recém-nascida, o indivíduo intersexo acaba não participando da decisão envolvendo seu próprio corpo²⁹, que, a partir do Consenso de Chicago, deixa de estar exclusivamente nas mãos dos profissionais de saúde e passa a ser compartilhada com os familiares da criança.

2.3 RESOLUÇÃO 1.664/2003 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA E SUAS INFLUÊNCIAS

O protocolo de conduta dos profissionais de saúde quando se deparam com crianças intersexo é regido pela Resolução 1.664/2003 do Conselho Federal de Medicina, documento que regulamenta a abordagem médica aos indivíduos intersexo e prevê as hipóteses de diagnósticos encarados como casos de intersexualidade.

O artigo primeiro da Resolução prevê as situações clínicas abordadas como “anomalias da diferenciação sexual” (ADS). Em rol exemplificativo, o texto da Resolução menciona os casos de genitália ambígua, ambiguidade genital, intersexo, hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo (masculino ou feminino), disgenesia gonadal e sexo reverso³⁰.

Por se tratar de texto anterior ao Consenso de Chicago, pontue-se o fato de o texto

27 SANTOS, Thais Emilia de Campos dos. Educação de crianças e adolescentes intersexo. 180 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Marília, 2020.

28 SANTOS, Thais Emilia de Campos dos. Educação de crianças e adolescentes intersexo. 180 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Marília, 2020.

29 SANTOS, Thais Emilia de Campos dos. Educação de crianças e adolescentes intersexo. 180 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Marília, 2020.

30 CFM. Resolução n. 1.664, de 12 de maio de 2003. Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Brasília, DF, 2003.

resolutivo utilizar o termo “anomalia” para se referir aos casos clínicos da população intersexo. As espécies de intersexualidades também são mencionadas em termos já obsoletos e pejorativos, norteados pela ideia de hermafroditismo.

O segundo artigo da Resolução dispõe sobre a necessidade de uma investigação precoce da intersexualidade da criança com a finalidade de obter uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil, nos seguintes termos: “pacientes com anomalia de diferenciação sexual devem ter assegurada uma conduta de investigação precoce com vistas a uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil”³¹.

Observa-se que a intersexualidade continua sendo encarada como uma questão de urgência médica, já que a própria Resolução busca garantir investigação precoce para que haja readequação ao binarismo de gênero o mais rápido possível. Na exposição de motivos, há menção explícita à intersexualidade como urgência biológica e social, ligando a intersexualidade a efeitos que constituem, via de regra, grave risco de morte e a dramas vivenciados pelos familiares, sem prejuízo de transtornos psiquiátricos dos pacientes³².

E é justamente quando trata a intersexualidade como urgência médica para viabilizar a readequação do paciente aos padrões do binarismo de gênero que a Resolução 1.664/2003 do Conselho Federal de Medicina exterioriza a influência da teoria da psiconeutralidade sexual de John Money sobre o protocolo brasileiro³³.

Ainda se mantém a ideia de urgência na realização da cirurgia de redesignação sexual com a justificativa de que a ambiguidade sexual poderia trazer complicações clínicas e questões sociais de difícil resolução. A imposição de um gênero ainda nos primeiros meses de uma criança intersexo é clara aplicação da teoria de John Money, mesmo que a justificativa não encontre perfeita correspondência com o pretexto original.

O protocolo brasileiro se diferencia da Era influenciada por John Money por prever a participação dos familiares do paciente na tomada de decisão³⁴. Apesar de prever, além disso, a participação do próprio paciente, não há viabilidade prática da influência dos interesses da criança no processo de tomada de decisão, já que se busca a readequação sexual logo nos primeiros meses de vida do indivíduo³⁵.

31 CFM. Resolução n. 1.664, de 12 de maio de 2003. Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Brasília, DF, 2003.

32 CFM. Resolução n. 1.664, de 12 de maio de 2003. Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Brasília, DF, 2003.

33 GOMES, Luiz Geraldo do Carmo. Famílias no armário: parentalidades e sexualidades divergentes. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2019, p. 87.

34 CFM. Resolução n. 1.664, de 12 de maio de 2003. Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Brasília, DF, 2003.

35 ALBAN, Carlos Eduardo. A questão intersexo diante do embate bioético entre autonomia e benefi-

A presença de uma equipe multidisciplinar também é obrigatória na tomada de decisão, a fim de assegurar conhecimento nas áreas da pediatria, endocrinologia, genética, psiquiatria infantil³⁶ etc. Trata-se de requisito que coaduna com as ideias trazidas pelo Consenso de Chicago, mesmo tendo sido editado previamente à Era do Consenso.

Em que pese a aproximação mencionada, a Resolução 1.664/2003 é marcada por dar continuidade à ideia da intersexualidade como urgência médica e por dar sequência à negativa de participação prática do paciente no processo de tomada de decisão, com influências bem delineadas da teoria da psiconeutralidade sexual de John Money.

3. INDIVÍDUOS INTERSEXO COMO EXPRESSÃO DE GÊNERO ININTELIGÍVEL

A intervenção médica sobre o corpo de indivíduos intersexo não ocorre por acaso. A desconsideração da autonomia da população intersexo e a ansiedade em readequar o corpo caracterizado pela intersexualidade aos padrões binários são fenômenos deliberados e podem ser compreendidos por meio da teoria *queer*.

O corpo de um ser humano, à luz dos discursos hegemônicos, é um texto socialmente construído, um verdadeiro arquivo orgânico da história da produção-reprodução sexual humana, na qual certos códigos se naturalizam, outros se tornam elípticos e outros são sistematicamente eliminados ou riscados³⁷. Como construção social, o corpo humano, para que tenha existência significável ou inteligível, depende da marca de gênero. Dessa forma, “não se pode dizer que os corpos tenham uma existência significável anterior à marca do seu gênero”³⁸.

É a marca do gênero que qualifica os corpos como corpos humanos. Um bebê somente se humaniza a partir do momento em que a pergunta mais formulada em um período gestacional (menino ou menina?) é respondida satisfatoriamente. Qualquer forma corporal que não se encaixe em um dos gêneros é fadada ao inumano, constituindo o domínio do desumanizado e do objeto³⁹.

cência. In: BARRETTO, Vicente de Paulo; ZAGHLOUT, Sara Alacoque Guerra; MARQUES, Clarice Gonçalves Pires (orgs.). *Dimensões Teóricas e Práticas dos Direitos Humanos*. Porto Alegre: Editora Fi, 2019, p. 125.

36 CFM. Resolução n. 1.664, de 12 de maio de 2003. Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Brasília, DF, 2003.

37 PRECIADO, Paul Beatriz. *Manifesto contrassexual: práticas subversivas de identidade sexual*. Rio de Janeiro: N. 1 edições, 2015, p. 26.

38 BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 27.

39 BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 162.

Portanto, antes mesmo de nascer, o corpo já se encontra inscrito em um campo discursivo determinado. Ainda quando se é uma promessa de vida, o corpo já enfrenta um conjunto de expectativas estruturadas numa rede de pressuposições envolvendo sexo, gênero, comportamentos, gostos e subjetividades⁴⁰. É justamente nesse conjunto de expectativas que se encontra a ideia de “gêneros inteligíveis”, que é traduzida como aqueles indivíduos que instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. No mesmo sentido, Judith Butler:

Gêneros “inteligíveis” são aqueles que, em certo sentido, instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. Em outras palavras, os espectros de descontinuidade e incoerência, eles próprios só concebíveis em relação a normas existentes de continuidade e coerência, são constantemente proibidos e produzidos pelas próprias leis que buscam estabelecer linhas causais ou expressivas de ligação entre o sexo biológico, o gênero culturalmente constituído e a “expressão” ou “efeito” de ambos na manifestação do desejo sexual por meio da prática sexual⁴¹.

Uma vez havendo descontinuidade entre os elementos acima mencionado, o indivíduo passa a ser enfrentado como um ser incompreensível e anormal. É justamente o que ocorre com a população intersexo. Ora, uma vez havendo ambiguidade sexual e, conseqüentemente, dificuldade de identificação sexual à luz do binarismo de gênero, os corpos caracterizados pela intersexualidade são marginalizados e encarados como abjetos.

A experiência intersexo é uma importante reprodução do fenômeno da normalização compulsória dos corpos e das identidades, já que evidencia a restrição das identidades de gênero ao binarismo homem-mulher. A dubiedade sexual faz com que a Medicina inicie uma série de investigações e intervenções corporais com vistas de “corrigir”⁴² o corpo que não se enquadra nos padrões binários e, conseqüentemente, não pode ser considerado humano.

Desse modo, demonstra-se que a existência intersexual afronta diretamente o binarismo e a inteligibilidade de gênero, desconstruindo a discussão essencialista sobre a relação entre sexo e gênero, por romper com a ideia de normalidade e anormalidade⁴³.

40 BENTO, Berenice. A Reinvenção do Corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006, p. 87.

41 BUTLER, Judith. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 38.

42 PINO, Nádia. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos. Cadernos Pagu, v. 28, p. 149-174, 2007.

43 OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de Albuquerque. Os corpos refeitos: a intersexualidade, a prática médica e o direito à saúde. In: Congresso Nacional do CONPEDI, XXIV, Belo Horizonte. Anais do GT Biodireito e Direitos dos Animais II. Florianópolis: CONPEDI, 2015.

A intervenção médica sobre o corpo caracterizado pela intersexualidade – verificada pela falta de enquadramento da população intersexual nos padrões binários e, conseqüentemente, na ideia de gênero inteligível – é manifestação contemporânea de uma forma de exercício de poder crescente desde o século XIX: o biopoder.

3.1 INTERVENÇÃO CIRÚRGICA EM INDIVÍDUOS INTERSEXO COMO MECANISMO DA BIOPOLÍTICA

Michel Foucault, em sua obra “Em Defesa da Sociedade”, descreve a ascensão de uma forma de poder desenvolvida para complementar o direito de soberania do Estado, conceituado pelo autor como o direito de fazer morrer ou deixar viver⁴⁴. O filósofo francês demonstra que um dos fenômenos fundamentais do século XIX foi justamente a assunção da vida pelo poder, a tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo ou, ainda, a estatização do biológico⁴⁵. Essa nova forma de poder completa o direito de soberania e vem para fazer viver e deixar morrer, uma inversão clara do poder de soberania do Estado.

Esse mecanismo de poder instalado a partir do século XIX é conhecido como biopoder, compreendido como verdadeira técnica de gerenciamento do homem, enquanto indivíduo e espécie, por meio da criação de mecanismos de regulação da população⁴⁶. A partir dessa perspectiva, portanto, o ser humano passa a ser submetido a sistemas de interferência e controle sobre seu corpo, com o fito de alcançar o “bem comum”⁴⁷.

Busca-se, desse modo, regulamentar a vida humana com o objetivo final de baixar a morbidade e encurtar o período vital. Estimula-se, por exemplo, a natalidade⁴⁸ e aumenta-se a intervenção do Estado na maneira de se viver, buscando-se “controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências”⁴⁹.

Analisando-se as finalidades e os mecanismos biopolíticos, a Medicina passa a ser uma área de conhecimento indispensável para a aplicação prática dos objetivos do biopoder. Sob essa perspectiva, a Ciência Médica foi a área que primeiro passou a ter

44 FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 287.

45 FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 285-286.

46 HOLTZ, Ana Catarina. Doenças excluídas: reflexões sobre as políticas públicas na criação de novos mercados de medicamentos. In: Congresso Internacional Comunicação e Consumo, 2015, São Paulo. Anais do 5º encontro de GTs da Comunicon. São Paulo: ESPM, 2015.

47 ANJOS, Márcio Fabri dos. Bioética clínica, biopolítica e exclusão social. In: SIQUEIRA, José Eduardo et al (orgs.). Bioética Clínica: memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética, III Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o Ensino da Ética. Brasília: Editora Ltda-ME, 2016.

48 FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 293.

49 FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 295-296.

poder sobre a vida humana, com a construção de hospitais e alocação dos “doentes” mentais em “asilos para loucos”, sem prejuízo do controle da sexualidade de um modo geral⁵⁰.

Michel Foucault demonstra como o capitalismo foi responsável por coletivizar a Medicina com a finalidade de socializar o corpo humano enquanto força de produção e de trabalho. Para o autor, o controle social sobre os indivíduos não se inicia simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas sim começa pelo corpo, como realidade biopolítica⁵¹. A Medicina, em uma perspectiva biopolítica, terá a finalidade – além de buscar maximizar a vida e postergar a morte humana – de disciplinar o corpo da população por meio da medicalização e da normalização dos códigos que regem uma sociedade⁵².

Trata-se, dessa forma, de uma tomada de poder sobre o corpo humano voltada à massificação, em direção ao homem como espécie. Esse exercício de poder se dirige à multiplicidade do ser humano, na medida em que ela forma uma massa global, afetada por processos que são próprios da vida, tais como o nascimento, a morte, a produção, a doença⁵³ etc.

Como maior tentáculo da lógica biopolítica, a Medicina surge justamente para amenizar os processos fortuitos envolvendo a vida humana, sempre à luz, é claro, do discurso hegemônico binarista e heterossexista já identificado e criticado por Judith Butler⁵⁴. Ora, a Ciência Médica estabelecida à luz do binarismo de gênero entende ser necessário que as pessoas desenvolvam gêneros inteligíveis, tornando compulsório que o sexo redefinido se adeque ao gênero correspondente para que, na idade adulta, o indivíduo sinta desejo e atração sexual por indivíduos do gênero oposto⁵⁵.

A inadequação do corpo intersexual ao binarismo de gênero rompe com a inteligibilidade, motivo pelo qual provoca a repulsa, a incompreensão social⁵⁶ e até mesmo a abordagem equivocada dos profissionais de saúde, que, em regra, encaram a intersexualidade como urgência médica com vistas de transformar um corpo

50 SILVA, Sergio Gomes da. Eutanásia, finitude e biopolítica. *Revista Mal-estar e subjetividade*, v. 13, n. 1-2, p. 331-368, 2013.

51 FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 1. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998, p. 80.

52 SILVA, Sergio Gomes da. Eutanásia, finitude e biopolítica. *Revista Mal-estar e subjetividade*, v. 13, n. 1-2, p. 331-368, 2013.

53 FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 289.

54 BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 57.

55 OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de Albuquerque. *Corpos estranhos? Reflexões sobre a interface entre a intersexualidade e os direitos humanos*. 137 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPA), João Pessoa, 2012.

56 OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de Albuquerque. *Corpos estranhos? Reflexões sobre a interface entre a intersexualidade e os direitos humanos*. 137 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPA), João Pessoa, 2012.

incompreensível em um corpo humanizado, inteligível.

4. A TOMADA DE DECISÃO ENVOLVENDO CIRURGIAS DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL EM CRIANÇAS INTERSEXO

Com a patologização indiscriminada da intersexualidade pela Medicina em decorrência da adoção de protocolos ultrapassados e guiados pelo binarismo de gênero, a população intersexo é submetida, ainda enquanto recém-nascidos, constantemente a tratamentos por meio de cirurgias de conformação de seus corpos aos padrões fenotípicos binários⁵⁷.

Há de se pontuar, todavia, o fato de a intersexualidade não causar, como regra, danos à saúde do indivíduo. Apenas casos específicos de intersexualidade são capazes de gerar danos à integridade do paciente e risco de morte, a exemplo da hiperplasia congênita da suprarrenal ou adrenal⁵⁸. Destacada tal situação, é de se concluir que a intersexualidade não deve ser encarada, em regra, como uma doença, mas sim como mera condição de não conformidade física com os critérios culturalmente definidos de normalidade corporal⁵⁹ à luz do binarismo de gênero.

A Resolução 1.664/2003 do Conselho Federal de Medicina brasileiro, entretanto, não justifica a intervenção cirúrgica como regra em decorrência apenas de eventuais danos à saúde física do paciente, mas também em consequência de potenciais complicações relativas à integridade psíquica, autoimagem e vivência social⁶⁰.

Em verdade, a suposta tutela à integridade psíquica e à vivência social da criança mascaram o verdadeiro objetivo da cirurgia de redesignação sexual, realizada em torno de uma espécie de eugenia corporal, justamente pelo fato de o indivíduo intersexo afrontar, com seu a ambiguidade sexual de seu corpo, os padrões estabelecidos e internalizados como normais⁶¹.

57 OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de Albuquerque. Os corpos refeitos: a intersexualidade, a prática médica e o direito à saúde. In: Congresso Nacional do CONPEDI, XXIV, Belo Horizonte. Anais do GT Biodireito e Direitos dos Animais II. Florianópolis: CONPEDI, 2015.

58 ALBAN, Carlos Eduardo. A questão intersexo diante do embate bioético entre autonomia e beneficência. In: BARRETTO, Vicente de Paulo; ZAGHLOUT, Sara Alacoque Guerra; MARQUES, Clarice Gonçalves Pires (orgs.). Dimensões Teóricas e Práticas dos Direitos Humanos. Porto Alegre: Editora Fi, 2019, p. 125.

59 PINO, Nádia. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos. Cadernos Pagu, v. 28, p. 149-174, 2007.

60 ALBAN, Carlos Eduardo. A questão intersexo diante do embate bioético entre autonomia e beneficência. In: BARRETTO, Vicente de Paulo; ZAGHLOUT, Sara Alacoque Guerra; MARQUES, Clarice Gonçalves Pires (orgs.). Dimensões Teóricas e Práticas dos Direitos Humanos. Porto Alegre: Editora Fi, 2019, p. 125.

61 OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de Albuquerque. Os corpos refeitos: a intersexualidade, a prática médica e o direito à saúde. In: Congresso Nacional do CONPEDI, XXIV, Belo Horizonte. Anais do GT Biodireito e Direitos dos Animais II. Florianópolis: CONPEDI, 2015.

A dificuldade de existência social de um indivíduo intersexo não deve servir como pretexto para negar a uma criança a possibilidade de escolha sobre seu próprio corpo e sua própria identidade. Não se deve punir a vítima; educa-se a sociedade para que a existência social da população intersexo seja viável.

Tendo em vista que, na maior parte das vezes, a intervenção cirúrgica sobre o corpo intersexo decorre de questões exclusivamente estéticas, visando à conformação corporal da criança aos padrões fenotípicos binários, o processo de tomada de decisão deve ser analisado para que seja possível discutir sobre a eticidade dessas intervenções médicas à luz dos ensinamentos bioéticos.

4.1 A AUTONOMIA DO PACIENTE COMO ALICERCE DA BIOÉTICA E A VULNERABILIDADE DOS REPRESENTANTES LEGAIS DE PACIENTES INTERSEXO

Com a passagem das relações médico-paciente verticalizadas – com supremacia do princípio da beneficência e a consideração do paciente como mero objeto diante do profissional de saúde⁶² – para relações mais horizontalizadas, democráticas e simétricas⁶³, as vontades e interesses do paciente passaram a ganhar grande relevo no que diz respeito ao processo de tomada de decisões médicas.

O princípio da autonomia, desse modo, se estabelece como alicerce das relações bioéticas com a finalidade de gerar decisões médicas tomadas em parceria entre o profissional de saúde e o paciente. Deixa-se de observar uma relação entre sujeito e objeto, com vista a se obter um relacionamento entre sujeitos⁶⁴.

Sob esse novo paradigma – estabelecido a partir da segunda metade do século XX, como resposta aos experimentos biológicos antiéticos realizados em seres humanos, seja na população judaica durante a Segunda Guerra Mundial, seja em populações vulneráveis nos Estados Unidos da América⁶⁵ –, a hipossuficiência técnica do paciente não pode mais ser utilizada como pretexto para a intervenção arbitrária do profissional de saúde em seu corpo.

62 MARTINS, Fernanda G. Galhego. O Consentimento e a Informação nos Cuidados Médicos. *Revista Interdisciplinar de Direito*, v. 12, n. 1, p. 151-167, 2017.

63 CORREIA, Francisco de Assis. Alguns desafios atuais da Bioética. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (orgs.). *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Paulus, 1996, p. 40-41.

64 LOPES, Antonio Carlos; LIMA, Carolina Alves de Souza; SANTORO, Luciano de Freitas. *Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018, p. 133.

65 COSTA, Leonardo Bocchi. *Condutas médicas restritivas e direito à morte digna no Brasil: uma análise da prática da ortotanásia à luz da Constituição e do Direito Penal*. Londrina: Editora Thoth, 2022, p. 22-23.

A experiência médica brasileira adota, hodiernamente, a autonomia do paciente como um dos princípios regedores das relações médico-paciente, inclusive com menções claras ao direito de escolha do enfermo no Código de Ética Médica. Em seu artigo 22, o diploma ético estabelece ser vedado ao médico “deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”⁶⁶.

O próprio Código Penal brasileiro prevê responsabilização criminal ao profissional de saúde que deixar de observar o consentimento do paciente ou de seu representante legal antes de proceder a exames, tratamentos ou procedimentos. Havendo exclusão da tipicidade apenas no caso de iminente risco de morte, nos termos do artigo 146, § 3º, I, do Código Penal⁶⁷.

Quando se analisa a situação das crianças intersexo, tem-se que a intersexualidade raramente é capaz de trazer danos à integridade física do paciente e, desse modo, a intervenção cirúrgica levada a cabo normalmente se dá por questões meramente estéticas. Assim sendo, afastando-se o risco iminente de morte como regra, o consentimento e os interesses do paciente intersexo ou de seus representantes legais não de serem observados pelos profissionais de saúde.

O contexto em que a tomada de decisão envolvendo pacientes intersexo é realizada deve ser analisado para que se discuta se há efetivo consentimento dos representantes legais do paciente – já que a este, como recém-nascido, não é dado o direito de participar das discussões envolvendo seu próprio corpo.

Isso porque, à luz do paradigma latino-americano da Bioética, a vulnerabilidade das partes envolvidas na relação médico-paciente deve ser levada em consideração para que a eticidade da conduta médica seja efetivamente verificada.

O reconhecimento da vulnerabilidade inata, velada ou reprimida nos indivíduos é a principal característica da Bioética Latino-americana⁶⁸. Isso ocorre pelo elemento histórico da região, que leva a ser constante a possibilidade de se estar ferido ou vulnerabilizado. Por esse motivo, a vulnerabilidade é uma condição de análise de qualquer questão bioética apresentada à luz desse paradigma⁶⁹.

Quando se relaciona a vulnerabilidade de alguma parte integrante na relação

66 CFM. Resolução n. 2.217, de 27 de setembro de 2018. Código de Ética Médica. Brasília, DF, 2018.

67 BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro, RJ, 1940.

68 FÜRST, Henderson. No Confin da Vida: Direito e Bioética na compreensão da ortotanásia. Belo Horizonte: Letramento; Casa do Direito, 2018, p. 122.

69 FÜRST, Henderson. No Confin da Vida: Direito e Bioética na compreensão da ortotanásia. Belo Horizonte: Letramento; Casa do Direito, 2018, p. 121.

médico-paciente e sua autonomia, verifica-se que não é possível analisar qualquer situação de autonomia à luz da bioética latino-americana sem enfrentar a vulnerabilidade⁷⁰, uma vez que a última é responsável por mitigar e reduzir a competência e a capacidade de autodeterminação do indivíduo⁷¹.

Por esse motivo, a vulnerabilidade dos pacientes é capaz de gerar seu consentimento a propostas médicas eticamente inaceitáveis⁷², já que seu consentimento se encontra viciado por sua vulnerabilidade e, por esse motivo, não é capaz de justificar a realização da medida proposta pelo profissional de saúde.

A abordagem médica despendida à população intersexo, ainda enquanto recém-nascidos, justamente por encarar a intersexualidade como doença e uma verdadeira urgência médica, vulnerabiliza os familiares do paciente, que são levados a enfrentar a situação com desespero diante da pressão médica⁷³.

Por esse motivo, a legitimidade do consentimento dos familiares obtido pelos profissionais de saúde deve ser questionada, haja vista a situação de assimetria entre a equipe multidisciplinar e os genitores da criança. É temeroso afirmar que os procedimentos decorrentes da Resolução 1.664/2003 do Conselho Federal de Medicina foram devidamente autorizados como fruto do consentimento informado dos familiares do paciente⁷⁴.

Ressalte-se que a abordagem médica não leva em consideração a inofensividade da intersexualidade à integridade física do paciente, além de se pautar em padrões estéticos binários para justificar a cirurgia (estética) de redesignação sexual. A urgência na realização da intervenção cirúrgica, portanto, não se justifica e vulnerabiliza os familiares do indivíduo, de modo a enviesar e viciar o consentimento obtido.

4.2 A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE DA POPULAÇÃO INTERSEXO

70 FÜRST, Henderson. No Confim da Vida: Direito e Bioética na compreensão da ortotanásia. Belo Horizonte: Letramento; Casa do Direito, 2018, p. 120.

71 HOSSNE, William Saad. Dos referenciais da bioética: a vulnerabilidade. *Bioethikos*, v. 3, n. 1, p. 41-51, 2009.

72 HOSSNE, William Saad. Dos referenciais da bioética: a vulnerabilidade. *Bioethikos*, v. 3, n. 1, p. 41-51, 2009.

73 GUIMARÃES JUNIOR, Anibal Ribeiro. Identidade cirúrgica: o melhor interesse da criança intersexo portadora de genitália ambígua. Uma perspectiva bioética. 151 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

74 GUIMARÃES JUNIOR, Anibal Ribeiro. Identidade cirúrgica: o melhor interesse da criança intersexo portadora de genitália ambígua. Uma perspectiva bioética. 151 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

A suficiência do simples consentimento dos pais da criança para que uma cirurgia médica seja levada a cabo, como regra, por questões estéticas demonstra a importância e a influência dos familiares no desenvolvimento da identidade de um indivíduo, gerando importantes reflexões acerca dos direitos da população intersexo frente aos interesses de seu núcleo familiar.

Observa-se que a família, como instituição, desempenha importantes e variadas funções em uma sociedade. Não apenas é responsável por viabilizar a ideia de perpetuação da espécie, mas também se exterioriza como meio de propagação de uma matriz de poder⁷⁵. Desse modo, o núcleo familiar de um indivíduo exerce poderes sobre ele e acaba por influenciar o desenvolvimento de sua personalidade. Essa situação torna-se cristalina quando se analisam as sexualidades divergentes (entre as quais se inclui a intersexualidade) inseridas nas relações familiares.

Os indivíduos caracterizados por sexualidades que fogem do padrão binário heterossexista são, em regra, discriminados dentro do próprio âmbito familiar, sendo obrigados a lidar com o bullying familiar e até mesmo com o risco de assassinatos por pessoas da própria família. Por esse motivo, se veem na necessidade de viver “no armário” até o ponto de se sentirem seguros para lidar com as consequências sociais e jurídicas⁷⁶.

Quando se trata da população intersexo, a própria ansiedade médica para que o corpo caracterizado pela intersexualidade seja adequado aos padrões binários de gênero colabora para a angústia e aflição dos genitores do indivíduo, que acabam por concordar com a cirurgia de readequação sexual sem esperar que o recém-nascido cresça e demonstre sua identidade e papel de gênero⁷⁷.

Desse modo, a família do recém-nascido intersexo acaba consentido com a realização dos procedimentos médico-cirúrgicos influenciados pela vulnerabilidade emocional que lhe é imposta⁷⁸ por um protocolo ultrapassado, obsoleto e embasado em entendimentos regidos pelo binarismo de gênero. Mesmo que a família do indivíduo fosse capaz de tomar uma decisão efetivamente autônoma e informada, haveria violação a direitos fundamentais da criança. Isso porque se trata de uma decisão que se pretende

75 GOMES, Luiz Geraldo do Carmo. Famílias no armário: parentalidades e sexualidades divergentes. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2019, p. 53.

76 GOMES, Luiz Geraldo do Carmo. Famílias no armário: parentalidades e sexualidades divergentes. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2019, p. 191.

77 SANTOS, Thais Emilia de Campos dos. Educação de crianças e adolescentes intersexo. 180 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Marília, 2020.

78 PRETES, Érika Aparecida. Intersexualidade e direito ao próprio corpo: garantia à integridade corporal da criança intersexual e direito à autodeterminação na adolescência. 220 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2019.

irreversível e com efeitos duradouros, que poderia ser tomada pelo próprio indivíduo quando alcançar a maturidade necessária⁷⁹.

Além disso, está-se diante de intervenção cirúrgica em que se incluem riscos e possibilidades reais de complicações, tais como o risco de esterilização involuntária, “diminuição ou inibição do prazer sexual, infecções, incontinência urinária, e demais complicações que a longo prazo possam implicar em novos procedimentos cirúrgicos para adequar a genitália ao padrão esperado ao sexo designado”⁸⁰.

Todos esses riscos envolvem questões muito íntimas de cada indivíduo, como a prática sexual e a capacidade reprodutiva. Não é razoável que outras pessoas, ainda que ascendentes da criança, façam uma escolha que envolve tantas variáveis significativas para um ser humano sem ao menos ouvi-lo a esse respeito. Ainda mais por se tratar de cirurgias, em regra, com finalidade estética, baseadas em “discursos e práticas normalizadoras que buscam a adequação de corpos considerados anormais a um padrão de gênero estabelecido na matriz heteronormativa”⁸¹.

Aplicando-se o protocolo idealizado pelo Conselho Federal de Medicina, nega-se ao indivíduo intersexo o direito à autodeterminação, compreendido como a autonomia do indivíduo sobre os assuntos que dizem respeito à sua esfera particular⁸². Violando-se tal direito fundamental, tem-se que o direito à identidade de indivíduos intersexo também é inobservado. Isso porque tal prerrogativa diz respeito à garantia do livre desenvolvimento de sua personalidade, bem como ao próprio direito de autodeterminação⁸³.

O direito à identidade da criança exige que seus pais e o próprio Estado respeitem sua personalidade decorrente de sua autonomia, obrigando-os a ouvir seus filhos, seja na infância ou na adolescência, antes de tomar uma decisão que lhe afete, de modo a garantir a participação do menor na concretização de seus interesses⁸⁴.

79 PRETES, Érika Aparecida. Intersexualidade e direito ao próprio corpo: garantia à integridade corporal da criança intersexual e direito à autodeterminação na adolescência. 220 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2019.

80 PRETES, Érika Aparecida. Intersexualidade e direito ao próprio corpo: garantia à integridade corporal da criança intersexual e direito à autodeterminação na adolescência. 220 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2019.

81 PRETES, Érika Aparecida. Intersexualidade e direito ao próprio corpo: garantia à integridade corporal da criança intersexual e direito à autodeterminação na adolescência. 220 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2019.

82 SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009, p. 104.

83 SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009, p. 104.

84 PAULA, Bruna Souza; CAÚLA, Bleine Queiroz. Autonomia da vontade da criança sob a ótica dos

É certo que os pais, ao decidirem sobre intervenções cirúrgicas, agem no estrito cumprimento de um dever legal de garantir a integridade física e psicológica do menor. Tal legitimidade, todavia, não deve se estender a qualquer tipo de intervenção corporal. Havendo real risco à saúde e integridade física do menor, a intervenção médica deve ser realizada para que se garanta o melhor interesse da criança.

Por outro lado, em se tratando apenas de questões estéticas (como ocorrem com a maior parte dos casos de intersexualidade), os direitos fundamentais da autodeterminação e da identidade não são transferíveis aos representantes legais para que deles disponham do modo como bem entenderem⁸⁵.

A escolha dos indivíduos intersexo deve ser garantida para que tenham liberdade sobre suas próprias questões sexuais e que se possibilite o reconhecimento de indivíduos que se identificam como intersexo. A Constituição Federal de 1988, uma vez estabelecendo o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos pilares do Estado Democrático de Direito Brasileiro⁸⁶, se compatibiliza com o direito ao reconhecimento, prerrogativa existente para evitar práticas estatais ou privadas que desrespeitam a identidade dos indivíduos, impondo-lhes estigmas ou humilhações⁸⁷.

Trata-se, portanto, de direito fundamental que busca garantir igual respeito a todas as identidades pessoais⁸⁸, independentemente de orientação sexual, identidade de gênero, raça, classe ou sexo. É direito da população intersexo ser reconhecida como tal, ser compreendida como parte da sociedade e ser incluída pelos institutos jurídicos. Por esse motivo, deve-se viabilizar a identificação de indivíduos com a intersexualidade.

Antes de finalizar o presente subtópico, faz-se mister salientar o fato de nenhum dos direitos fundamentais ora mencionados (autodeterminação, identidade e reconhecimento) constar explicitamente no texto constitucional. Todavia, há de ser destacada a cláusula de abertura dos direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988, exteriorizada pela norma do artigo 5º, § 2º, nos termos da qual “os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República

direitos fundamentais: o direito ao livre desenvolvimento da personalidade. XXII Encontro Nacional do CONPEDI, Curitiba, 2013, p. 415-439.

85 PRETES, Érika Aparecida. Intersexualidade e direito ao próprio corpo: garantia à integridade corporal da criança intersexual e direito à autodeterminação na adolescência. 220 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2019.

86 BRASIL. Constituição Federal. Brasília: Assembleia Nacional Constituinte, 1988.

87 SARMENTO, Daniel. Dignidade da Pessoa Humana: conteúdo, trajetórias e metodologia. 1. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 256-257.

88 SARMENTO, Daniel. Dignidade da Pessoa Humana: conteúdo, trajetórias e metodologia. 1. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 256.

Federativa do Brasil seja parte”⁸⁹.

Os três valores mencionados na presente subseção, em que pese não se encontrem positivados no texto constitucional, são decorrência direta dos princípios adotados pela Constituição Federal, com ênfase à dignidade da pessoa humana. Por esse motivo, devem ser alçados ao status de direitos fundamentais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da identidade de um ser humano é diretamente influenciado pela sua vivência familiar. A instituição familiar, além de estar diretamente relacionada à perpetuação da espécie, também exerce poder sobre o indivíduo, que desenvolve sua personalidade e sua identidade à luz da matriz de poder a que é submetido em sua família.

A influência da família do indivíduo intersexo sobre seu próprio corpo foi devidamente demonstrada e desencadeia discussões sobre a legitimidade da escolha dos familiares sobre questões inexoravelmente personalíssimas de um ser humano, como seu corpo e suas questões sexuais. A intersexualidade, como regra, não traz quaisquer danos à integridade física da criança. Apenas casos raros são capazes de efetivamente trazerem riscos à vida do indivíduo. Desse modo, as cirurgias de redesignação sexual apresentam, via de regra, finalidade meramente estética, a fim de garantir um fenótipo mais adequado aos padrões binários de gênero.

Por envolver, como regra, questões estéticas, a decisão dos familiares da criança quanto à cirurgia de redesignação sexual deve ser adiada até que o indivíduo seja capaz de discernir sobre sua identidade sexual por si só. Não há motivos científicos que justifiquem a urgência com a qual a intersexualidade é encarada, já que se caracteriza, como regra, pela simples inadequação do sexo cromossômico, genitália ou sistema reprodutivo do indivíduo aos padrões binários.

Uma vez inexistindo riscos à integridade física da criança, a realização da cirurgia de redesignação sexual deve ser afastada enquanto o indivíduo não for capaz de discernir sobre as questões de seu próprio corpo, sob pena de ter direitos fundamentais violados, tais como o direito à identidade, à autodeterminação e ao reconhecimento.

Desse modo, em casos de intersexualidade que não traga riscos à integridade física da criança, os interesses dos familiares do menor devem ser afastados em prol do exercício da autonomia do indivíduo, que deverá ele mesmo decidir sobre seu corpo e suas identificações, quando tiver condições para tal.

89 BRASIL. Constituição Federal. Brasília: Assembleia Nacional Constituinte, 1988.

Diante disso, a hipótese adotada pela pesquisa foi confirmada por meio dos resultados obtidos pela coleta de dados bibliográficos e documentais. Conclui-se, desse modo, pela violação, perpetuada pelos familiares, aos direitos fundamentais da criança intersexo quando a última é submetida a cirurgia exclusivamente estética ainda enquanto recém-nascido, a fim de adequar seu fenótipo aos padrões binários de gênero.

Por não envolver questão efetivamente urgente e por se tratar de decisão que se pretende irreversível com a realização de cirurgia duradoura, a submissão – pelos familiares e pelos profissionais de saúde – de crianças intersexo à cirurgia de readequação sexual enquanto recém-nascidas viola os direitos fundamentais do menor à autodeterminação, à identidade e ao reconhecimento.

REFERÊNCIAS

ALBAN, Carlos Eduardo. A questão intersexo diante do embate bioético entre autonomia e beneficência. In: BARRETTO, Vicente de Paulo; ZAGHLOUT, Sara Alacoque Guerra; MARQUES, Clarice Gonçalves Pires (orgs.). **Dimensões Teóricas e Práticas dos Direitos Humanos**. Porto Alegre: Editora Fi, 2019. 352 p.

ANJOS, Márcio Fabri dos. Bioética clínica, biopolítica e exclusão social. In: SIQUEIRA, José Eduardo et al (orgs.). **Bioética Clínica**: memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética, III Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o Ensino da Ética. Brasília: Editora Ltda-ME, 2016. 325 p.

BENTO, Berenice. **A Reinvenção do Corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 256 p.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: Assembleia Nacional Constituinte, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 30 out. 2023.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro, RJ, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm Acesso em: 4 nov. 2023.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 236 p.

CFM. **Resolução n. 1.664**, de 12 de maio de 2003. Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Brasília, DF, 2003. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2003/1664_2003.pdf Acesso em: 9 nov. 2023.

CFM. **Resolução n. 2.217**, de 27 de setembro de 2018. Código de Ética Médica. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf> Acesso em: 30 out. 2023.

CORREIA, Francisco de Assis. Alguns desafios atuais da Bioética. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (orgs.). **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Paulus, 1996. 206 p.

COSTA, Leonardo Bocchi. **Condutas médicas restritivas e direito à morte digna no Brasil**: uma análise da prática da ortotanásia à luz da Constituição e do Direito Penal. Londrina: Editora Thoth, 2022. 134 p.

DREGER, Alice D et al. Changing the Nomenclature/Taxonomy for Intersex: A Scientific and Clinical Rationale. **Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism**, v. 18, n. 8, p. 729-733, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 382 p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 1. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998. 295 p.

FRASER, Roberta Tourinho Dantas; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. Intersexualidade e direito à identidade: uma discussão sobre o assentamento civil de crianças intersexuadas. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 3, p. 358-366, 2012.

FÜRST, Henderson. **No Confim da Vida**: Direito e Bioética na compreensão da ortotanásia. Belo Horizonte: Letramento; Casa do Direito, 2018. 184 p.

GOMES, Luiz Geraldo do Carmo. **Famílias no armário**: parentalidades e sexualidades divergentes. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2019. 268 p.

GUIMARÃES JUNIOR, Anibal Ribeiro. **Identidade cirúrgica**: o melhor interesse da criança intersexo portadora de genitália ambígua. Uma perspectiva bioética. 151 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

HOLTZ, Ana Catarina. Doenças excluídas: reflexões sobre as políticas públicas na criação de novos mercados de medicamentos. In: Congresso Internacional Comunicação e Consumo, 2015, São Paulo. **Anais do 5º encontro de GTs da Comunicon**. São Paulo: ESPM, 2015.

HOSSNE, William Saad. Dos referenciais da bioética: a vulnerabilidade. **Bioethikos**, v. 3, n. 1, p. 41-51, 2009.

LIMA, Shirley Acioly Monteiro de. **Intersexo e (in)visibilidade**: cidadania e saúde na busca do Registro Geral de identificação (RG). 103 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2014.

LOPES, Antonio Carlos; LIMA, Carolina Alves de Souza; SANTORO, Luciano de Freitas. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia**: aspectos médicos e jurídicos. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018. 203 p.

MARTINS, Fernanda G. Galhego. O Consentimento e a Informação nos Cuidados Médicos. **Revista Interdisciplinar de Direito**, v. 12, n. 1, p. 151-167, 2017. Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/FDV/article/view/117> Acesso em: 14 out. 2023.

OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de Albuquerque. **Corpos estranhos?** Reflexões sobre a interface entre a intersexualidade e os direitos humanos. 137 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPA), João Pessoa, 2012.

OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de Albuquerque. Os corpos refeitos: a intersexualidade, a prática médica e o direito à saúde. In: Congresso Nacional do CONPEDI, XXIV, Belo Horizonte. **Anais do GT Biodireito e Direitos dos Animais II**. Florianópolis: CONPEDI, 2015.

PAULA, Bruna Souza; CAÚLA, Bleine Queiroz. **Autonomia da vontade da criança sob a ótica dos direitos fundamentais**: o direito ao livre desenvolvimento da personalidade. XXII Encontro Nacional do CONPEDI, Curitiba, 2013, p. 415-439.

PAULINO, Marina Cortez. **In/visibilia**: deslumbramentos e silenciamentos dos corpos intersexo. 255 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

PINO, Nádia. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos. **Cadernos Pagu**, v. 28, p. 149-174, 2007.

PRECIADO, Paul Beatriz. **Manifesto contrassexual**: práticas subversivas de identidade sexual. Rio de Janeiro: N. 1 edições, 2015. 224 p.

PRETES, Érika Aparecida. **Intersexualidade e direito ao próprio corpo**: garantia à integridade corporal da criança intersexual e direito à autodeterminação na adolescência. 220 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos

direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009. 488 p.

SANTOS, Thais Emilia de Campos dos. **Educação de crianças e adolescentes interse-
xo**. 180 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Marília, 2020.

SARMENTO, Daniel. **Dignidade da Pessoa Humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. 1. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2016. 376 p.

SILVA, Sergio Gomes da. Eutanásia, finitude e biopolítica. **Revista Mal-estar e subjetividade**, v. 13, n. 1-2, p. 331-368, 2013.

SPINOLA-CASTRO, Angela Maria. A importância dos aspectos bioéticos e psicológicos na Abordagem do Intersexo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 49, n. 1, p. 46-59, 2005.



Gostaria de submeter seu trabalho a **Revista Direito.UnB?**

Gostaria de submeter seu trabalho a Revista Direito.UnB?

Visite <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb>

e saiba mais sobre as nossas Diretrizes para Autores.



latindex

Sistema Regional de Información
en línea para Revistas Científicas de América Latina,
el Caribe, España y Portugal