

TRANSSEXUALIDADE

Vivência do Processo de Transição no Contexto dos Serviços de Saúde

Irene Palmares CARVALHO

RESUMO

A cirurgia de reconstrução genital e o tratamento hormonal para transsexuais faz-se nos serviços de saúde mediante um longo e complexo processo de avaliação geralmente baseado nas linhas orientadoras propostas pela *World Professional Association for Transgender Health*. Ainda que importantes para assegurar a saúde e o bem-estar destes indivíduos, tais procedimentos podem entrar em conflito com a realidade da população à qual se destinam, sendo limitativos para a mesma e para os profissionais que procuram aplicá-los. Só recentemente começou a realidade desta população a ser foco de estudo sistemático, estando os dados dessa investigação a ser integrados na nova versão (a sétima) dos procedimentos, actualmente em elaboração. Em Portugal, é ainda pouco conhecida a experiência que indivíduos transsexuais têm do seu processo de transição e desse processo nos serviços de saúde. Contudo, a articulação desta experiência com as linhas orientadoras a seguir pode contribuir para um maior ajustamento dos procedimentos à população-alvo, com consequente diminuição de obstáculos a ultrapassar pelas partes envolvidas e melhoria dos serviços prestados. Colmatando esta lacuna e procurando contribuir para uma maior conjugação entre necessidades da população-alvo e procedimentos profissionais, o presente trabalho debruça-se sobre a experiência de transsexuais neste seu processo de transição, salientando aspectos que se constituem como dificuldades e os que o facilitam.

O estudo baseia-se em entrevistas aprofundadas a transsexuais de sexo biológico masculino que requereram intervenção hormono-cirúrgica para adquirirem aparência feminina. Os dados foram examinados com recurso à técnica da análise de conteúdo no programa NUD*IST.

A análise revela vários temas associados a experiências positivas no processo de transição desta amostra (e.g., existência e acessibilidade de serviços dirigidos a esta problemática, de linhas orientadoras a seguir, marcação da cirurgia), negativas (e.g., duração e incertezas do processo, tratamento profissional recebido) e transversais às duas (e.g., qualidade e variedade de serviços), bem como alguns paradoxos. Em geral, destaca-se a defesa de linhas orientadoras não rígidas a seguir nos procedimentos de avaliação de população transgénero e flexibilidade também por parte dos profissionais nos tratamentos, baseada no conhecimento e respeito por cada caso e em informação actualizada sobre esta problemática. A partir dos temas identificados, sistematizam-se alguns procedimentos que podem contribuir para uma gestão mais eficaz do processo de transição, beneficiando profissionais e população. Fica também reforçada a necessidade de conjugação de contextos e serviços variados (médicos, legais, laborais) para um maior sucesso da transição.

I.P.C.: Psicologia Médica. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto

© 2010 CELOM

SUMMARY

TRANSEXUALITY

Experiencing the Transition Process in the Context of Health Care Services

Genital reconstruction surgery and hormonal treatment for transsexuals are performed in health care services following a long and complex evaluation process generally based on the guidelines proposed by the World Professional Association for Transgender Health. Though important to ensure these individuals' health and well-being, such procedures may conflict with their reality, raising obstacles not only for the candidates but also for professionals who deal with them. The reality of this population has been the focus of recent studies, whose results are to be considered in the new version (the seventh) of the procedures, currently under elaboration. In Portugal, the experience transsexuals have of their transition process, and of that process within health care services is still unknown. Yet, integrating that experience with these guidelines may contribute to better adapting procedures to their target population, decreasing obstacles facing the parties involved and improving available services. Seeking to bridge this gap and to contribute to the increased integration of population's needs and professionals' procedures, the current work examines transsexuals' experiences of their transition process, highlighting aspects that constitute difficulties to it or else facilitate it.

The study is based on in-depth interviews with biological male transsexuals who request hormonal and surgical interventions to acquire a female physiology. Data were content-analyzed in the software program NUD*IST.

The analysis reveals several themes associated with positive experiences in the sample's transition process (e.g., presence and accessibility of services dealing with this issue, presence of guidelines, setting the surgery date), negative experiences (e.g., process duration and uncertainties, professional treatment received), and experiences which cut across both (e.g., quality and variety of available services), as well as some paradoxes. In general, the interviewees defend the existence of non-rigid guidelines used in transgender evaluation, as well as flexibility in the treatment offered by professionals, based on knowledge and respect for each case and on updated information on this domain. Some procedures that may contribute to a more effective handling of the transition process are outlined based on identified themes. The articulation of diverse contexts and services (medical, legal, professional) is necessary for the improved success of the transition.

INTRODUÇÃO

A metade inicial do século XX assistiu à realização das primeiras intervenções cirúrgicas e hormonais de reatribuição sexual no mundo ocidental, bem como ao desenvolvimento e aperfeiçoamento das técnicas que a permitem¹. Alcançada e tornada disponível a capacidade tecnológica de intervir neste domínio, surgem, nos anos 60, os primeiros estudos significativos de avaliação dos efeitos de tais intervenções nas pessoas que a elas se submetem^{2,3}, incluindo o trabalho de Harry Benjamin⁴. Logo em seguida, começam a ser formulados critérios médicos e de saúde mental para a prescrição de serviços a quem procura tratamento hormonal e cirúrgico de reafirmação sexual. Estes critérios ou procedimentos recomendados, reconhecidos e adoptados no mundo ocidental, são estabeleci-

dos através dos *Standards of Care* (SOC) da *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), antiga *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*, e fornecem linhas orientadoras para a decisão relativa ao encaminhamento (ou não) dos sujeitos para cirurgia. A sua mais recente versão, a sexta, foi publicada em 2001, após revisões sucessivas da versão original de 1979⁵, encontrando-se em elaboração a sétima versão^{6,7}.

Com estas iniciativas, a WPATH tem procurado desenvolver linhas orientadoras padronizadas e expandir a investigação no sentido de assegurar a saúde e o bem-estar dos indivíduos que procuram tratamento hormonal e cirúrgico de reafirmação sexual. Ainda assim, poderá haver situações da vida de pessoas transsexuais que não estão contempladas, ou que entram em conflito com a assistência prestada, colocando em risco não só a sua saú-

de e bem-estar como os próprios objectivos dos procedimentos recomendados, de assegurar serviços fundamentados e adequados às situações.

A literatura tem-se debruçado sobre dificuldades que enfrentam indivíduos transgénero (incluindo-se, neste termo, toda variedade possível de experiências de género) e, mais especificamente, transsexuais (os que pedem terapia hormono-cirúrgica para realinharem o corpo com a identidade de género sentida) face ao processo de transição. Relativamente aos serviços de saúde mental, uma das dificuldades identificadas prende-se com a falta de assistência a casos que não desejam prosseguir para cirurgia ou para terapia hormonal e a casos que não se encaixam na descrição do que é um transsexual⁸. O acompanhamento estará previsto para quem demonstra ser transsexual e requer tratamento hormonal e cirúrgico, mas será inexistente ou tenderá a ser descontinuado nos casos que surgem com dúvidas ou que não desejam cirurgia ou terapia hormonal. O conhecimento deste fenómeno está, em parte, na base da ideia, comum entre esta população, de que é necessário construir um tipo de discurso específico perante os terapeutas, sob o risco de se ser eliminado do tratamento⁹.

Outras preocupações que indivíduos transgénero referem relativamente aos serviços de saúde mental são: (a) o serem considerados doentes ou loucos, abordados como diagnósticos e não como pessoas; (b) a falta de reconhecimento, por parte dos profissionais, de que muitos dos seus problemas se devem a processos sociais de exclusão e não a doença mental; (c) a ignorância relativamente a questões de identidade de género – com a recomendação de que os terapeutas deveriam procurar informação nesta área, em lugar de esperar que os sujeitos lha forneçam; e (d) as inseguranças do dia-a-dia – com a sugestão de que os profissionais podem ter um papel importante na sensibilização de polícia, escola, hospital e outras instituições acerca de questões de identidade de género⁸.

O processo em volta dos procedimentos a seguir com população transgénero é complexo e moroso, trazendo manifestas dificuldades a profissionais desta área e a quem os procura^{10,11}. O impacto deste processo nas pessoas às quais se destina só recentemente se tornou foco de investigação sistemática, fruto do reconhecimento de que a vivência dos sujeitos é também importante para o sucesso da intervenção. Este reconhecimento reflecte-se nas recomendações avançadas para a nova versão dos SOC, tais como: consideração por maior diversidade de identidades de género, maior atenção aos contextos familiar e ocupacional e menor patologização de todo o processo de avaliação, maior ênfase no fornecimento de informação e na re-

dução de danos e minimização da função de *policimento* dos profissionais¹². Em Portugal, a forma como os transsexuais vivenciam todo o processo não foi ainda alvo de estudo sistemático. No entanto, a integração desta experiência nas linhas orientadoras a seguir pode contribuir para um maior ajustamento dos procedimentos à população-alvo, com conseqüente diminuição dos obstáculos a ultrapassar pelas partes envolvidas e melhoria dos serviços prestados. Neste sentido, o presente trabalho debruça-se sobre a experiência que transsexuais em contacto com serviços de saúde para tratamento hormonal e cirúrgico têm neste processo de transição, salientando aspectos significativos que se constituem como dificuldades e os que o facilitam, revelando-se como positivos. Com esta abordagem, o estudo procura contribuir para uma maior articulação entre necessidades da população-alvo e linhas orientadoras pelas quais os profissionais se regem, colmatando também uma lacuna no país, ao nível da investigação nesta área.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

A informação neste estudo foi obtida a partir de entrevistas aprofundadas, largamente não estruturadas, conduzidas em contexto informal, individualmente, com transsexuais de sexo biológico masculino que requereram intervenção hormono-cirúrgica para adquirirem aparência feminina congruente com a identidade de género que possuem. Na altura do pedido de intervenção, todas as candidatas se encontravam na casa dos vinte anos de idade. Até ao presente, uma relatou ter recebido cirurgia mamária e genital, tendo as outras recebido ou cirurgia genital (sem a mamária) ou mamária (sem a genital). Todas se encontram a receber tratamento hormonal. Mais de 45 horas de entrevistas com as participantes (67 entrevistas) em diferentes fases do processo de transição (em alguns casos, antes e depois das cirurgias) foram gravadas, transcritas e tratadas no programa NUD*IST (QSR N6) de acordo com os procedimentos qualitativos da análise de conteúdo, que permitiram a extracção de temas relativos à vivência da transição nas categorias *Limitativa* e *Positiva*, e de temas associados (e.g., *Sentimentos*), para dar conta das dificuldades e dos aspectos positivos que constituem a experiência desta amostra.

RESULTADOS

A análise de conteúdo revela regularidades nas experiências destas candidatas (quer nos temas emergentes quer no posicionamento individual face a eles), verifican-

do-se consenso geral entre sujeitos, apesar das diferentes fases do tratamento em que se encontram. Os resultados aparecem sistematizados no Quadro 1.

Indicadores da categoria *Intervenção Positiva* incluem os aspectos apontados nas entrevistas como vantajosos para o processo de transição e os que aparecem associados a sentimentos positivos (e.g., satisfação). Indicadores da categoria *Intervenção Limitativa* incluem os aspectos directamente apontados como barreiras ao processo de transição (ou a partes dele) e os que surgem associados a sentimentos negativos (e.g., tristeza). A análise revela também a presença de indicadores transversais a estas duas categorias (parte inferior do Quadro 1): aque-

les que qualificam ou condicionam cada uma delas (do género: *sim, mas...*), partilhando alguns aspectos da categoria *Positiva* e outros da *Limitativa*. São colocados ainda em evidência alguns paradoxos gerados pelos procedimentos de tratamento.

DISCUSSÃO

Sob o tópico *Intervenção Positiva*, a análise revela, não surpreendentemente, satisfação pela existência de serviços que dão resposta às necessidades desta população, satisfação esta que surge por contraposição a expectativas anteriores de que a transição *era quase impossível*

Quadro 1 – Temas associados à vivência do processo de transição em transsexuais intervencionados nos serviços de saúde

Intervenção		
Positiva (Satisfação, Reconhecimento, Lealdade, Liberdade, Empoderamento, Alívio)	Limitativa (Insegurança, Medo, Tristeza, Revolta, Embaraço, Descrença, Ansiedade)	Paradoxal (Interna aos Procedimentos de Tratamento)
<ul style="list-style-type: none"> Existência de serviços acessíveis (a diferentes estratos sócio-económicos e áreas geográficas) 	<ul style="list-style-type: none"> Condições materiais (financeiras, geográficas, temporais) 	<ul style="list-style-type: none"> Pré-requisito <i>estabilidade de vida versus</i> condições de tratamento existentes
<ul style="list-style-type: none"> Existência de profissionais (e.g., médicos) sensíveis à problemática e eficazes na sua resolução Postura profissional de interesse e respeito, expressões de apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamento profissional (patologização, ignorância, indisponibilidade, insensibilidade, falta de privacidade) Postura fechada, tratamento no género correspondente ao sexo de nascimento 	<ul style="list-style-type: none"> Pré-requisito 'vivência no papel de um género' <i>versus</i> tratamento no outro género
<ul style="list-style-type: none"> Resultados das intervenções (cirúrgicas, hormonais) 	<ul style="list-style-type: none"> Acesso limitado a medicação hormonal 	
<ul style="list-style-type: none"> Existência de protocolos com pré-requisitos para tratamento hormonal e cirúrgico (género SOC) 	<ul style="list-style-type: none"> Vivência exclusiva no papel de outro género durante pelo menos um ano antes da cirurgia 	<ul style="list-style-type: none"> Pré-requisito 'experiência de vida real' <i>versus</i> ausência de tratamento que o permita (órgão reprodutor, efeitos hormonais, alteração legal de nome)
<ul style="list-style-type: none"> Existência de especialistas (psiquiatras, psicólogos) que aplicam protocolos e oferecem apoio 	<ul style="list-style-type: none"> Rigidez na aplicação de protocolos e no apoio oferecido 	
<ul style="list-style-type: none"> Familiarização com as fases do processo de transição típico (incluindo riscos, benefícios, duração) 	<ul style="list-style-type: none"> Inacessibilidade dos procedimentos cirúrgicos após cumprimento dos pré-requisitos 	
<ul style="list-style-type: none"> Início dos passos do processo de transição 	<ul style="list-style-type: none"> Duração do processo de transição 	
<ul style="list-style-type: none"> Especificação de metas com datas 	<ul style="list-style-type: none"> Incertezas da aplicação do protocolo 	
<ul style="list-style-type: none"> Marcação da data da cirurgia 		
<ul style="list-style-type: none"> Procura de outros serviços: mais intervenções, de maior qualidade, mais adequados (e.g., mais rápidos) 		
<ul style="list-style-type: none"> Aplicação flexível de protocolos de tratamento: adaptada a cada situação e suas necessidades (e.g., <i>experiência de vida real</i> em contextos significativos, em lugar de em todos os contextos) 		
<ul style="list-style-type: none"> Apoio psicológico flexível, adaptado e efectivo (para além de intervenção avaliativa) 		

de conseguir. Similarmente, surge reconhecimento pela existência de profissionais sensíveis à problemática e capazes de lhe oferecer soluções efectivas, como cirurgiões ou endocrinologistas, para com os quais se desenvolvem sentimentos de lealdade. A satisfação estende-se, ainda, em todos os casos entrevistados, aos resultados das cirurgias realizadas e às transformações operadas (independentemente da instituição e do país onde ocorreram), acompanhando-se de sensações relatadas de *liberdade* e de *empoderamento*. Menos consensual nas entrevistas é a importância colocada na aparência física da nova anatomia. As expectativas quanto aos resultados variam desde *Qualquer coisa é melhor que isto que está aqui* até à busca do *100 por cento feminino*. Atitudes próximas desta última, mais do que da primeira, associam-se à procura activa do melhor profissional (por exemplo, o cirurgião mais experiente, que assegure os resultados desejados) e de intervenções múltiplas (outras cirurgias, colocação da voz), com correspondente investimento de tempo, dinheiro e outros recursos necessários para alcançar tais objectivos.

Ainda sob o tópico *Intervenção Positiva*, a aceitação de procedimentos do género dos SOC para avaliação de candidatos é recorrente, nas entrevistas, verificando-se hesitação na defesa de processos rápidos ou simples. Esta posição surpreendente tem por base os seguintes argumentos emergentes: (a) perigo de intervenções inadequadas, com resultados desastrosos (por exemplo, no caso de pessoas que se precipitam numa cirurgia quando afinal não a desejam) e (b) situação de conflito para cirurgiões, se têm de intervir sem saberem se essa será a opção correcta. Nesta linha de pensamento, é considerada também positiva a presença de profissionais especializados (psicólogos, psiquiatras) que procedem à avaliação de cada caso e que podem ajudar a chegar a decisões fundamentais. É ainda positivo que tais profissionais ofereçam, para além da avaliação, apoio psicológico aos casos em acompanhamento.

Pontos de reacção positiva emergem também associados a aspectos específicos da intervenção profissional, que parecem ajudar as participantes a articular as exigências do processo de transição com a complexidade da sua situação, reduzindo ansiedades. Assim, o dar início a qualquer dos actos do processo (e.g., consultas, testes biológicos ou psicológicos preambulares, tratamento hormonal) revela-se apaziguador por indicar que a transição clínica já está em curso. A marcação de metas concretas com datas específicas é também tranquilizadora, por fornecer uma noção de progressão temporal com etapas visíveis, o que contrasta com um passar indefinido de tempo sem informação acerca do que está a acontecer ou de qual o próximo

passo e de quando ocorrerá (gerador de forte perturbação). A capacidade de enquadrar a fase que actualmente está a ser cumprida no contexto de um processo típico dá uma ideia do que já foi alcançado e do que ainda falta. A partilha de informação sobre casos de transsexuais de sucesso já operados tem resultados ambíguos: por um lado, sinaliza que o fenómeno é real e comum a outros (o que lhe confere validação) e que a cirurgia é possível (o que é encorajador); por outro, lembra que outros já alcançaram aquilo que as candidatas ainda não conseguiram, podendo ser desmoralizador. Finalmente, a marcação da data da cirurgia genital é profundamente apaziguadora. Outros aspectos que emergem das entrevistas como grandemente tranquilizadores são: sentir interesse e respeito por parte dos profissionais, o que não só encoraja a partilha de informação mas também dá indicação de que o assunto vai ser tomado em mãos e a sério (muitas vezes pela primeira vez), e declarações explícitas de apoio (e.g., *Eu vou ajudá-la neste processo. Vamos em frente*).

Relativamente ao tópico oposto, *Intervenção Limitativa*, dificuldades financeiras podem inviabilizar o processo de transição ou parte dele (nesta amostra, de estrato sócio-económico médio-baixo). Deslocações a zonas distantes da área de residência para tratamento são também limitativas, designadamente por implicarem custos, colocarem empregos em risco por falta de assiduidade e também por invocarem um elemento de insegurança, se a pessoa viaja sozinha para locais que lhe são desconhecidos. Sob este ponto de vista, a existência de um sistema de saúde público e de serviços perto da área de residência é vista como uma alternativa positiva, tornando viáveis mudanças que, de outra forma, seriam impossíveis para algumas das participantes. Nomeadamente, contribui para minimizar o paradoxo que se cria entre o pré-requisito, para realização de cirurgia, de emprego estável e a dificuldade de manutenção dessa estabilidade para receber tratamento. Apesar de apontarem estas dificuldades financeiras e geográficas, algumas participantes conseguem economizar dinheiro e viajar em busca das garantias da qualidade de tratamento que pretendem ou de respostas que não encontram mais perto ou de forma mais económica (e.g., a própria cirurgia).

De modo semelhante ao descrito na literatura mencionada, também nestas entrevistas surge a questão do tratamento que os transsexuais recebem por parte de profissionais nesta área: enquanto pessoas ou enquanto casos estranhos, casos patológicos ou casos desconhecidos. Dentro desta questão, um dos temas recorrentes nas entrevistas prende-se com a dificuldade em produzir discursos genuínos e em manter posturas de abertura, com pos-

sibilidade de levantamento de dúvidas, quando não é sentida similar abertura por parte de profissionais, ficando comprometida a relação de confiança. Esta falta de abertura por parte de profissionais é atribuída, nas entrevistas, a factores como o tempo escasso que por vezes têm disponível para dedicar aos sujeitos, pouca sensibilidade ou pouca informação relativamente a questões de transsexualidade. Manifesta-se em aspectos gerais do contexto e atitude profissionais, como sejam a formulação de juízos de valor face à situação ou a dimensões dela, posturas argumentativas (e.g., *isso que está a dizer é impossível, não existe*) e de comando (em lugar de esclarecimento e de espaço), ou ainda a falta de privacidade dos locais onde a intervenção decorre. Manifesta-se também em aspectos mais específicos da transsexualidade, como o tratamento dos sujeitos pelo nome ou género (rejeitados) correspondentes ao sexo de nascimento, o internamento em enfermarias para pessoas de sexo biológico não conforme àquele para o qual estão a transitar, entre outros.

Estes aspectos mais específicos aparecem, nas entrevistas, rodeados de alguma resignação (diferentemente dos aspectos gerais da atitude profissional mencionados antes, que tendem a gerar emoções mais fortes, como será visto em baixo) desde que a transição seja assegurada, enquadrados no funcionamento do sistema de saúde habitual. No entanto, é notado em algumas entrevistas que este tipo de tratamento por parte de profissionais os faz entrar em *contradição*, no sentido em que: (a) têm conhecimento de quem elas são e, contudo, continuam a tratá-las por algo que não são – mesmo após a alteração da sua anatomia, legitimadora biológica e social da pertença sexual; e (b) vão contra a segunda fase¹³ do procedimento protocolar (*experiência de vida real*) usado pelos próprios profissionais no tratamento de transsexuais, e segundo o qual a pessoa deve viver como indivíduo do sexo para o qual deseja fazer a transição, supostamente passando a ser vista e tratada dessa forma.

A especificidade inerente aos pré-requisitos que definem a selecção dos candidatos para tratamento levanta controvérsia no seio da comunidade transgénero, nomeadamente em volta da oposição entre, por um lado, os direitos dos sujeitos ao mesmo e, por outro, a vigilância exercida por parte de profissionais^{14,15}. Na presente amostra, muitas das dificuldades que emergem nas entrevistas prendem-se precisamente com a *experiência de vida real*. É geralmente aceite que, antes da cirurgia, os sujeitos devem viver por um período mínimo de um ano exclusivamente no papel do género para o qual desejam fazer a transição. Este passo, frequentemente acompanhado de tratamento hormonal, é importante no sentido de dar à

pessoa a oportunidade de viver a realidade de outro sexo e assim antecipar, antes da cirurgia, benefícios e malefícios da transição, podendo decidir se quer continuar o tratamento.

Para alguns sujeitos, é possível viver no papel de mulher antes da cirurgia e demais alterações. Há participantes que já o faziam antes de contactarem os serviços de saúde e que continuaram a fazê-lo depois. Para elas, a questão que se levanta dirige-se ao porquê de o processo de aproximação à(s) cirurgia(s) não ser mais rápido quando demonstram uma identidade de género consolidada, nomeadamente ao viverem como mulheres no seu dia-a-dia, por vezes já com recurso (auto-administrado) a tratamento hormonal. Uma outra questão que se lhes levanta prende-se com a dificuldade de acesso a hormonas que lhes permita dar continuidade à auto-medicação. Para outras participantes, porém, viver exclusivamente no papel de outro género antes de efectuados tratamento(s) cirúrgico(s) revela-se praticamente impossível, podendo ser altamente prejudicial. Primeiro, não se sentem legitimadas como mulheres se não possuírem o órgão reprodutor adequado a si. Até essa altura, sentem enorme embaraço, considerando fundamentadas afirmações de que, na realidade, são homens (a fazerem passar-se por mulheres). Apresentar-se como mulheres sem o respectivo órgão equivale então a cometer fraude, o que é inaceitável para alguns casos. A posse de uma vagina, por outro lado, permite congruência completa e acaba com o embaraço.

Uma segunda dificuldade inerente à experiência de vida real prende-se com a mudança de nome e de sexo em documentos legais, processo que demora anos em Portugal, podendo requerer a contratação de advogado (o que implica custos) sem garantias finais. Ainda que assumindo-se como mulheres e sendo tratadas por nomes femininos no seu dia-a-dia, as participantes apresentam, nos seus documentos oficiais, o nome e o sexo de nascimento. Tornam-se, para elas, paradoxais situações como, por exemplo, de procura de emprego enquanto mulheres apresentando documentos identificativos não correspondentes. Além disso, sem os efeitos das intervenções (a consolidação dos efeitos hormonais leva cerca de dois anos), sentem que estão a expor-se a situações problemáticas, que lhes serão lesivas se tentarem assumir-se como mulheres em contextos sociais formais.

Tudo isto pode condicionar a vivência exclusiva no papel feminino. Além disso, em alguns casos, é também condicionante da situação profissional ou ocupacional (requerida nos SOC como parte da experiência de vida real). Há participantes que, embora desejem viver inteira e exclusivamente como mulheres, vão alargando esse ob-

jectivo a diferentes contextos de vida passo-a-passo, gerindo o seu percurso de forma cuidadosa e estratégica precisamente para minimizarem sofrimento – seu e de outros –, evitem estigmas sociais flagrantes e assim contribuam para uma transição de maior sucesso a todos os níveis. Assumem-se como mulheres (vestindo-se como tal, usando os nomes femininos) em contextos públicos significativos para si (por exemplo, das relações interpessoais de amizade e de romance) mas não se importam de se apresentar nos empregos como homens (contextos mais distais do centro das suas significações), enquanto as mudanças físicas e legais não acontecem. Também podem preferir adiar a procura de emprego para quando as alterações tiverem sido conseguidas, de modo a iniciarem uma nova vida inteiramente como mulheres sem se exporem aos olhares públicos enquanto estão no processo de transição.

Outro ponto de difícil gestão, sublinhando a importância de apoio psicológico extensível a outros significativos, é a família. Ao receberem suporte por parte de elementos da família (todos os casos aqui em estudo o recebem), também fazem concessões (associadas, nas entrevistas, por exemplo, a compreensão e respeito pela posição deles), gerindo a sua apresentação de acordo com as expectativas desses membros. Existem, assim, por vezes, situações de compromisso temporárias com a família (incluindo evitamento de apresentações no feminino face a membros da comunidade ainda não preparados) para benefício de todos.

Foi levantada a hipótese de que viver no sexo feminino a maior parte do tempo e trocar para o masculino quando as situações assim o exigem (ou vice-versa) poderá levar a problemas de identidade pessoal. No entanto, não existem estudos que avaliem os efeitos positivos (do sucesso desta estratégia) ou negativos (de ansiedade ou de depressão) de tal troca temporária de papéis¹⁵. Nestas entrevistas, tais opções estratégicas não põem em causa, necessariamente, a consolidação de uma identidade feminina, a convicção relativa à mudança desejada nem, consequentemente, a elegibilidade para tratamento hormonal e cirúrgico, particularmente quando outras condições estão presentes, como a estabilidade psicológica e social, o desejo persistente de ser mulher e o consistente viver como mulher em variados contextos públicos significativos, ou a consciência plena das dificuldades inerentes a uma transição deste tipo (incluindo possíveis limitações das intervenções no corpo, da aceitação por parte de outros significativos, da estigmatização social, do comportamento sexual, etc.). Pelo contrário, a experiência de vida real, se imposta quando os sujeitos não se sentem ainda legitimados (por falta do órgão reprodutor correcto, por falta de

outras alterações, incluindo institucionais) e quando a família tem apenas uma compreensão vaga do problema, pode ser devastadora, levando a rupturas que podem ser evitáveis (e.g., nas entrevistas, levando à prostituição por quebra do apoio familiar, social e económico).

Estes são aspectos importantes a tomar em consideração na avaliação de transsexuais e na adaptação flexível do critério da experiência de vida real às circunstâncias de cada caso, para que o processo possa continuar a decorrer sem que este passo o prejudique indevidamente. Outro aspecto que requer flexibilidade, sob o risco de se tornar inútil ou prejudicial para a transição, é o apoio oferecido a nível de outros tratamentos para além da cirurgia genital e da intervenção endócrina. É o caso das cirurgias complementares (e.g., mamária, facial) e de outros procedimentos (e.g., terapia da voz, depilação, aprendizagem de competências sociais como andar, vestir-se e maquilhar-se), que, nas entrevistas, emergem como importantes desde que não impostos (porque por vezes não são necessários) sob uma suposição de que são universalmente desejados ou benéficos.

Finalmente, um aspecto associado a enorme ansiedade, e talvez o de mais difícil gestão para sujeitos e profissionais, prende-se com a duração do processo de transição. Ainda que possa, teoricamente, demorar um mínimo de dois anos, na prática, este processo pode levar quatro e mais anos. O momento da tomada de consciência de que se pertence a outro sexo (ou de que se é transsexual) tende a acompanhar-se de *firme e rápida consolidação* (p. 151)¹⁶, com urgência em fazer a transição. A pessoa pretende, rapidamente, passar a sentir-se *bem consigo (inteira)* e iniciar a vida no novo género sem mais adiamentos – ansiedade esta pela qual os procedimentos até à cirurgia (e o tempo que implicam) se compadecem pouco.

Face a esta realidade, há participantes que recorrem a clínicas privadas, por vezes no estrangeiro, para verem as alterações feitas (ou, também, por terem conhecimento de cirurgiões experientes por quem preferem ser tratadas). Outras procuram tornar-se presentes (em pessoa ou por telefone) junto dos serviços onde estão a ser seguidas, crendo contribuir para o andamento do processo. No decurso deste, surgem medos vários (e.g., de partilhar informação, ser relegado para segundo plano, não suscitar interesse e, em última análise, de que a transição não aconteça), tristeza (e.g., por o fim do processo não parecer à vista) e revolta (por tratamentos sentidos como superficiais e não dirigidos às necessidades reais, intensificada por demoras superiores a três anos, particularmente se todos os pré-requisitos parecem estar cumpridos) e descrença do sistema. Mercê de tais dinâmicas, o processo

torna-se difícil também para profissionais. Maximizar as experiências positivas identificadas e atenuar as negativas pode ajudar a gerir melhor o processo e contribuir para um maior sucesso do mesmo. O Quadro 2 faz uma síntese dos resultados, em versão de procedimentos, de todos os indicadores pertencentes às categorias de análise (*Positiva, Limitativa e Paradoxal*).

CONCLUSÕES

Em síntese, destaca-se, nas entrevistas, a aceitação surpreendente de linhas orientadoras para avaliação de casos que requisitam tratamento hormonal e cirúrgico de reafirmação sexual, com ênfase, contudo, na flexibilidade de aplicação das mesmas e adequação às situações que se apresentam (com consideração, designadamente, pelas dificuldades apontadas), num contexto de interesse e de respeito pelos candidatos. A flexibilidade sugerida nestas entrevistas está, aliás, prevista nos SOC, em cujo ponto I, se lê: *The Standards of Care Are Clinical Guidelines. The SOC are intended to provide flexible directions for*

*the treatment of persons with gender identity disorders*⁵. A questão do interesse e respeito pelos candidatos está em consonância também com as sugestões para a revisão em curso dos SOC, já mencionadas, na ênfase que dão ao fornecimento de informação sobre riscos e benefícios aos sujeitos e obtenção de seu consentimento, com paralela diminuição da função de vigilância por profissionais. Para um maior sucesso da transição, salienta-se, por fim, não só a necessidade de consciência, por parte de candidatos, das dificuldades que envolve, mas também a importância de as atenuar através da conjugação de diversos serviços (clínicos, legais e sócio-laborais), para minimização de situações paradoxais que podem boicotar o processo e pôr em risco uma mais cabal integração social e aceitação de si.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Quadro 2 – Síntese de procedimentos relevantes para experiências positivas da transição sexual: níveis clínico e social

Nível Clínico	<ul style="list-style-type: none">• Tratar o candidato de acordo com o sexo para o qual vai fazer a transição (a menos que diferentemente especificado por ele)• Ouvir e ter em conta considerações e preocupações do candidato (conceder espaço, manter abertura, dar resposta adaptada)• Expressar verbalmente apoio e oferecer acompanhamento no processo• Logo que possível, informar que o processo de transição vai ser realizado (eliminar dúvidas e medos)• Explicar os passos do processo (objectivos, riscos, dificuldades comuns e benefícios de cada um e do processo no seu todo)• Dar início ao primeiro acto do processo• Rever os passos periodicamente, salientando o que já foi feito e o que ainda falta (desenvolver noção da progressão temporal, fornecer metas visíveis)• Fazer esta revisão aplicada individualmente às considerações, circunstâncias de vida e progressão no processo do candidato (dar sentido, fornecer contexto)• Explicar o porquê da demora ou da interrupção do processo• Evitar deixar o candidato sem informação ou acompanhamento por longos períodos de tempo• Evitar pressuposições (e.g., tratamentos universalmente desejados ou universalmente benéficos)• Logo que possível, decidir com o candidato a data da cirurgia ou de outros tratamentos desejados (mesmo que estejam a meses de distância) e cumpri-la• Conjuguar esforços no sentido de reduzir a duração do processo de transição, aproximando-o dos mínimos sugeridos (dois a três anos)
Nível Social	<ul style="list-style-type: none">• Facilitar acesso a cirurgias (genital e complementares) adequadas• Facilitar acesso a tratamentos hormonais adequados (conjugados com 'experiência de vida real')• Facilitar acesso a acompanhamento médico nas fases pré e pós-transição (monitorização de resultados cirúrgicos, endócrinos e outros)• Facilitar acesso a apoio psicológico nas fases pré e pós-transição (seguimento na adaptação à nova realidade)• Facilitar acesso a apoio psicológico dirigido a outros significativos (e.g., família)• Facilitar acesso a procedimentos complementares (e.g., depilação)• Possibilitar alteração de sexo nos documentos legais• Proceder a articulação adicional com possíveis serviços empregadores, para sensibilização em relação a esta população e facilitação do seu acesso ao mercado de trabalho

BIBLIOGRAFIA

1. CASTEL P-H: Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do *fenómeno transsexual* (1910-1995). Revista Brasileira de História 2001;21:77-111 (Trad. Teresa Malatian)
2. LOTHSTEIN L: Sex reassignment surgery: Historical, bioethical, and theoretical issues. Am J Psychiatry 1982;139:417-426
3. MARTINS AT: Corpo e alma em conflito: Um estudo sobre o transsexualismo. Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa 2005; 10:361-378
4. BENJAMIN H: The Transsexual Phenomenon. New York: Julian Press 1966
5. MEYER III W, BOCKTING WO, COHEN-KETTENIS PT et al: The standards of care for gender identity disorders (Sixth version). Intl J Transgenderism 2001;5(1). Disponível em http://www.symposion.com/itj/soc_2001/index.htm [acedido a 28 de Julho de 2008]
6. COLEMAN E: Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. Intl J Transgenderism 2009;11:1-7
7. COLEMAN E: Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Psychological assessment and approaches to treatment. Intl J Transgenderism 2009;11:69-73
8. REICHERZER SL: The Grounded Theory of a New Gender Episteme: Transgender Subjectivity Deconstructs the Power, Privilege, and Pathos of Mental Health Diagnostics Dissertation Doutoral. Texas: St. Mary University 2006. Disponível em <http://proquest.umi.com/pqq> [acedida a 13 de Agosto de 2009]
9. SPEER S: Gatekeeping gender: Some features of the use of hypothetical questions in the psychiatric assessment of transsexual patients. Discourse & Society 2006;17:785-812
10. HOLMAN CW, GOLDBERG JM: Social and medical transgender case advocacy. Intl J Transgenderism 2007;9:197-217
11. BARKER H, WYLIE K: Are the criteria for the 'real-life experience' (RLE) stage of assessment for GID useful to patients and clinicians? Intl J Transgenderism 2008;10:121-131
12. LEV AI: The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*. Intl J Transgenderism 2009;11:74-99
13. SMITH Y, VAN GOOZEN S, KUIPER A, VERSCHOOR A, COHEN-KETTENIS P: Outcomes of sex reassignment: A prospective follow-up study on adult male-to-female and female-to-male transsexuals. In Smith YLS, ed. Sex Reassignment: Predictors and Outcomes of Treatment for Transsexuals. Wageningen, The Netherlands. Ponsen & Looijen BV 2002;113-145
14. ISRAEL GE, TARVER DE: Transgender Care: Recommended Guidelines, Practical Information, & Personal Accounts. Philadelphia, PA: Temple University Press 1997
15. HEATH RA: The Praeger Handbook of Transsexuality: Changing Gender to Match Mindset. London: Praeger 2006
16. EKINS R: Male Femaling: A Grounded Theory Approach to Cross-dressing and Sex-changing. London: Routledge 1997

