



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS – CCH**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**RODRIGO SOARES PEREIRA**

**OS PRINCÍPIOS NORTEADORES DA ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NO  
PROCESSO TRANSEXUALIZADOR DO SUS**

SÃO LUÍS – MA

2018

**RODRIGO SOARES PEREIRA**

**OS PRINCÍPIOS NORTEADORES DA ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NO  
PROCESSO TRANSEXUALIZADOR DO SUS**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel com Formação de Psicólogo.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Aline Soares Monteiro.

Área de concentração: Psicologia Social.

SÃO LUÍS – MA

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo autor.  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Pereira, Rodrigo Soares.

Os princípios norteadores da atuação da Psicologia no Processo  
Transexualizador do SUS / Rodrigo Soares Pereira. - 2018.  
58 f.

Orientadora : Cláudia Aline Soares Monteiro.  
Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do  
Maranhão, São Luís, 2018.

1. Processo Transexualizador. 2. Transexual. 3. Transgênero.  
4. Travesti. I. Monteiro, Cláudia Aline Soares. II. Título.

**RODRIGO SOARES PEREIRA**

**OS PRINCÍPIOS NORTEADORES DA ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NO  
PROCESSO TRANSEXUALIZADOR DO SUS**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel com Formação de Psicólogo.

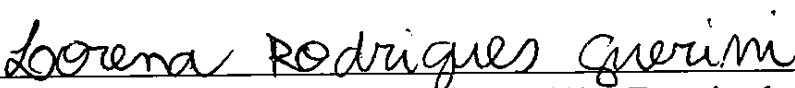
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Aline Soares Monteiro.

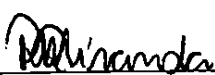
Área de concentração: Psicologia Social.

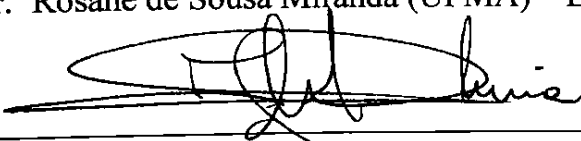
Aprovado em: 18 de dezembro de 2018.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Dr.<sup>a</sup> Cláudia Aline Soares Monteiro (UFMA) – Orientadora

  
\_\_\_\_\_  
M.<sup>a</sup> Lorena Rodrigues Guerini (UFMA) – Examinadora

  
\_\_\_\_\_  
Dr.<sup>a</sup> Rosane de Sousa Miranda (UFMA) – Examinadora

  
\_\_\_\_\_  
Dr.<sup>a</sup> Jena Hanay Araujo de Oliveira (UFMA) – Examinadora Suplente

## AGRADECIMENTOS

Sou grato, em primeiro lugar, à minha mãe, Régia Soares, e ao meu pai, Rocha Pereira, que suaram bastante para que eu pudesse permanecer na Universidade e me ensinaram valores fundamentais. Especialmente à minha mãe, quem – apesar de seus vários defeitos – sempre incentivou minha dedicação pelo estudar.

À minha irmã, Regiane Soares, e ao meu irmão, Ronald Santos, às vezes insuportáveis.

À minha pequena sobrinha Anne Sophya, pela amabilidade e por lidar com o fato de que “a tia professora passa muito, muito, muito dever” (sic), como reclama quando não posso brincar.

À Lidiane Collares, pela empatia, pelo bom humor, pelas boas fofocas, pelas caronas e vários outros pontos.

À Raissa Lopes e a Francisco Jonathas, pela amizade desde o ensino médio no Liceu Maranhense, onde compartilhamos afetos e projetos.

A todas as professoras e todos os professores da minha trajetória estudantil, particularmente às/aos docentes da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) que fizeram parte do meu Bacharelado em Psicologia.

À minha orientadora Cláudia Monteiro, por ter acolhido prontamente minha proposta de pesquisa, pelo socorro metodológico e por me deixar colher os frutos da minha procrastinação.

À professora Jena Hanay, pelo apoio profissional na extensão e nos estágios desde 2016 e pelos bons momentos informais.

À professora Lorena Guerini, pelo parecer acerca do meu projeto de pesquisa, o que deu um bom direcionamento para o desenvolvimento deste trabalho.

À professora Rosane Miranda, pelas aulas enriquecedoras e pela disponibilidade em outros momentos.

Ao professor Lucas Sá, pela extrema solicitude e resolutividade.

À coordenação da Universidade Integrada da Terceira Idade (UNITI/UFMA), nomeadamente à Marly Abdalla e à Hortência Gago, por possibilitar valiosas vivências de extensão e estágio com as/os idosas/os e pela conquista de um espaço adequado aos atendimentos no Plantão Psicológico.

A todas/os as/os colegas da UFMA com as/os quais interagi durante a graduação, sobretudo aos membros da turma de 2013.1 do curso de Psicologia e àquelas/es que trabalharam comigo na extensão universitária e nos estágios.

Finalmente, ao admirável grupo de intercâmbio em língua francesa do “Programa Cidadão do Mundo” do governo do Maranhão, ao lado do qual tive experiências incomensuráveis em Montréal.

## RESUMO

A Psicologia brasileira pode eficazmente dialogar com os Estudos de Gênero a fim de ultrapassar a normatividade cissexual e a heterossexualidade compulsória, considerando a conjuntura histórico-cultural e política das transexualidades, travestilidades e demais vivências transgêneras. A transfobia e a homofobia afetam categoricamente os direitos humanos e a qualidade de vida das pessoas trans, por isso estas precisam ser assistidas por Políticas Públicas específicas. Assim, o Ministério da Saúde disponibiliza o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde: um conjunto de estratégias e procedimentos multiprofissionais que garantem a transição de gênero a travestis e transexuais, incluindo ou não a cirurgia de redesignação sexual. Desse modo, realizou-se uma pesquisa bibliográfica e documental com o objetivo de analisar a atuação ético-profissional das(os) Psicólogas(os) nesse contexto, por meio da identificação e problematização dos princípios norteadores ético-legais do Conselho Federal de Psicologia e do Ministério da Saúde. Discutiu-se que as intervenções somáticas isoladamente não garantem o enfrentamento dos preconceitos e da discriminação, de maneira que o conhecimento psicológico pode trazer benefícios para pessoas trans em sofrimento psíquico e ampliar as perspectivas de intervenção da equipe multiprofissional; inclusive a autoridade profissional não deve ficar acima do princípio de autonomia da pessoa humana, sob o risco de iatrogenia. Além disso, o Conselho Federal de Psicologia determina que as/os Psicólogas/os não devem embasar seus atendimentos em concepções patologizantes e/ou estigmatizantes. Por fim, apontou-se que são necessárias leis que assegurem o Processo Transexualizador no SUS e outros direitos das pessoas trans, porquanto meras portarias podem ser facilmente revogadas.

**Palavras-chave:** Processo Transexualizador. Transexual. Transgênero. Travesti.

## RÉSUMÉ

La Psychologie brésilienne peut efficacement dialoguer avec les Études de Genre afin de dépasser la normativité cissexuelle et l'hétérosexualité obligatoire en considérant la conjoncture historico-culturelle et politique des transsexualités, des « travestilités » et d'autres expériences transgenres. La transphobie et l'homophobie affectent catégoriquement les droits de l'homme et la qualité de vie des personnes trans, donc il faut que celles-ci soient assistées par des Politiques Publiques spécifiques. Ainsi, le Ministère de la Santé offre le « Processus de Transexualisation dans le Système Unique de Santé » : c'est un ensemble de stratégies et de procédures multiprofessionnelles qui garantissent la transition de genre aux travestis et aux transsexuels(elles), en incluant ou non la chirurgie de réassignation sexuelle. De cette façon, une recherche bibliographique et documentaire a été réalisée dans le but d'analyser la performance éthico-professionnelle des Psychologues dans ce contexte, par le biais de l'identification et la problématisation des principes directeurs éthico-juridiques du Conseil Fédéral de Psychologie et du Ministère de la Santé. Il a été discuté que les interventions somatiques isolément ne garantissent pas la confrontation des préjugés et de la discrimination, de sorte que le savoir psychologique peut bénéficier des personnes trans en souffrance psychique et il peut agrandir les perspectives d'intervention de l'équipe multiprofessionnelle ; y compris l'autorité professionnelle ne doit pas être au-dessus du principe d'autonomie de la personne humaine, sous le risque d'iatrogénie. En plus, le Conseil Fédéral de Psychologie détermine que les Psychologues ne doivent pas baser leurs soins sur des conceptions pathologisantes et/ou stigmatisantes. Finalement, il a été signalé que des lois fédérales sont nécessaires pour assurer le Processus de Transexualisation dans le SUS et d'autres droits des personnes trans, parce que des simples règlements du Ministère de la Santé peuvent facilement être abrogés.

**Mots-clés:** Processus de Transexualisation. Transsexuel. Transsexuelle. Transgenre. Travesti.



## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> – Uma <i>hijra</i> fotografada por Vineeta Raj (Índia) _____	16
<b>FIGURA 2</b> – Estátua de Akhenaton (Egito) _____	17
<b>FIGURA 3</b> – Mosaico na “Casa de Dioniso” (Pella, Macedônia) _____	17
<b>FIGURA 4</b> – <i>Hermaphrodite endormi</i> (Musée du Louvre, Paris) _____	19
<b>FIGURA 5</b> – Mortes por LGBTfobia na região Nordeste em 2017 _____	33
<b>FIGURA 6</b> – Mapa mundial de assassinatos reportados de pessoas trans _____	33

## LISTA DE TABELAS

**TABELA 1** – Taxas de homicídios de pessoas trans no Brasil, por estado, em 2017 \_\_\_\_\_ 34

**TABELA 2** - Procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual, do processo transexualizador, no SUS, por região de residência do/a usuário/a, de jan./2008 a maio/2016 \_\_\_\_\_ 40

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2 OBJETIVOS</b>	12
<b>2.1 Objetivo geral</b>	12
<b>2.2 Objetivos específicos</b>	12
<b>3 METODOLOGIA</b>	13
<b>3.1 Pesquisa bibliográfica</b>	13
<b>3.2 Pesquisa documental</b>	14
<b>4 AS TRANSEXUALIDADES: corpo e gênero em um panorama histórico-conceitual</b>	15
<b>5 O MOVIMENTO LGBT NO BRASIL, POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS HUMANOS</b>	27
<b>6 A PSICOLOGIA E O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS: (des)encontros entre o psíquico e o somático</b>	37
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	48
<b>REFERÊNCIAS</b>	51
<b>APÊNDICE A – Principais documentos da pesquisa documental</b>	58

## 1 INTRODUÇÃO

Com base em minha trajetória acadêmica no curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – ingresso do primeiro semestre letivo de 2013 – , a grade curricular a que estive vinculado (que passou por atualização) não contemplava suficientemente o eixo temático interdisciplinar das identidades de gênero e orientações sexuais (mas certas noções apareceram periféricamente em disciplinas como Psicologia Social, Psicologia Escolar e “Teorias do Inconsciente”).

Entre as razões para esse déficit, a literatura nos mostra que a ciência psicológica nacional tendeu historicamente a manter os Estudos de Gênero à margem, invisibilizados por uma visão normativa, polarizada e despolitizada (BORGES et al., 2013; NARVAZ, 2009; OLIVEIRA, 2017). Por isso, as pesquisas e teorizações da Psicologia brasileira concentradas na promoção de saúde integral e cidadania de sujeitos cujas identidades e expressões de gênero contestam o modelo hegemônico de inteligibilidade se concentram principalmente nos anos 2000.

Em tal caso, na posição de pesquisador negro e pobre, discordo de uma formação técnica de Psicólogo/a dissociada de uma formação política: a Universidade, como espaço de produção – não somente de reprodução – de conhecimentos tem o papel de acompanhar as *trans-formações* do mundo contemporâneo, diante das quais são necessárias formações e produções em Psicologia que contemplem a diversidade das questões de gênero (e sexualidade, classe, raça/etnia, etc.) e seus desdobramentos com as Políticas Públicas (BORGES et al., 2013).

Ao encontro do tema deste trabalho, o Conselho Federal de Psicologia (2013, 2018) nos orienta a buscar respaldos teóricos que superem a cisnormatividade e a heterossexualidade compulsória, contextualizando socialmente as transexualidades, travestilidades<sup>1</sup> e demais vivências transgêneras. Infelizmente essas recomendações encontram resistências vindas de discursos político-religiosos que tentam coagir o Sistema Conselhos a retrocessos éticos e técnico-científicos: as propostas parlamentares de “cura gay”, as práticas de uma falaciosa “Psicologia cristã” e outros ataques à laicidade do exercício *psi* (MOUNTIAN, 2016). É preciso, pois, estarmos abertos a compreender que a atenção do

---

<sup>1</sup> “Travestilidade” e “transexualidade” são termos que enfatizam a questão identitária e de modo de expressão no mundo (SIMPSON, 2015), como alternativas aos sufixos *-ismos*.

Sistema Conselhos de Psicologia com relação às pessoas trans reside no fato de que a identidade de gênero é um dos determinantes sociais da saúde (DSS), isto é, as condições de vida e trabalho (sociais, econômicas, culturais...) típicas desse grupo se relacionam com a ocorrência de processos de adoecimento físico e mental (BRASIL, 2013b; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Dessa maneira:

Populações estigmatizadas e discriminadas [como a LGBT, sobretudo a população trans] merecem atenção especial, pois o próprio **estigma** se coloca como um fator de vulnerabilidade em saúde, na medida em que pode comprometer o **acesso ao serviço** [público de saúde] e a **qualidade da atenção prestada** (SANTOS; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2014, p. 4553, grifos nossos).

Comprometido socialmente com esse cenário, em conformidade com os princípios de integralidade, universalidade e equidade da atenção, o Ministério da Saúde disponibiliza, por meio da Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013, o Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde: conjunto de estratégias e procedimentos multiprofissionais que, perante demandas de discordância entre corpo e identidade de gênero, viabiliza técnicas de modificação de caracteres sexuais secundários, tratamento endocrinológico, assistência social, acompanhamento psicológico e psiquiátrico e pode culminar ou não em cirurgia de transgenitalização (ARÁN; MURTA, 2009; BRASIL, 2013a).

Há a designação do saber-fazer das/os Psicólogas/os para as equipes interdisciplinares desse campo de intervenção em Saúde Pública, o que pode estimular perspectivas que não isolem o sujeito de suas relações sociais nem o restrinjam às intervenções médicas/somáticas. Desse modo, é oportuno analisarmos: **Como se norteia ético-legalmente a atuação da Psicologia no Processo Transexualizador do SUS?** Quando construirmos respostas para esta pergunta, muito provavelmente repensaremos se estamos (re)produzindo ou não um modelo iatrogênico e assegurando ou não a autonomia e a liberdade das/os usuárias/os do serviço.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Analisar os princípios norteadores da atuação ético-profissional da Psicologia no Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar princípios norteadores ético-legais do Ministério da Saúde (MS) sobre a atuação do/a Psicólogo/a no Processo Transexualizador no SUS;
- Identificar princípios norteadores ético-legais do Conselho Federal de Psicologia (CFP), acerca da atuação do/a Psicólogo/a no Processo Transexualizador.

### 3 METODOLOGIA

Para atender aos objetivos esperados, o percurso metodológico desse estudo qualitativo adota os processos e procedimentos de pesquisa documental e bibliográfica.

#### 3.1 Pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica é uma indispensável ferramenta para identificar o estado da arte atinente à proposta do estudo. Essa ferramenta permite que o pesquisador agrupe informações anteriormente dispersas, sendo interessante superar a mera reprodução de ideias de outros autores, com vistas ao progresso do conhecimento científico (LAKATOS; MARCONI, 2003; LIMA; MIOTO, 2007).

Para que essa busca não seja aleatória, é aconselhável seguir critérios de seleção de materiais que delimitem o universo de estudo: o próprio parâmetro temático do trabalho (filtra resultados que fogem ao escopo da pesquisa); a escolha das fontes confiáveis a consultar; a inclusão ou exclusão de textos com base em domínios idiomáticos; o recorte cronológico das publicações (LAKATOS; MARCONI, 2003; LIMA; MIOTO, 2007).

Desse modo, o levantamento de produções em Psicologia e áreas afins (Psicanálise, Estudos de Gênero e Saúde Coletiva, por exemplo) sobre o exercício profissional no Processo Transexualizador do SUS tomou como fontes bibliográficas: livros, capítulos de livros, dissertações, teses e artigos científicos, sob as condições de que fossem escritos em língua portuguesa e, preferencialmente (não exclusivamente), publicados a partir de 2003 (cinco anos antes da instituição do Processo Transexualizador, esboçando o intervalo dos últimos quinze anos).

Consultou-se o acervo da Biblioteca Central da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e o acervo pessoal da professora orientadora para localizar alguns livros e capítulos de livros. Em seguida, recorreu-se a bases virtuais de acesso público, a fim de selecionar artigos científicos, teses e dissertações: SciELO ([www.scielo.org/php/index.php](http://www.scielo.org/php/index.php)); LILACS ([lilacs.bvsalud.org](http://lilacs.bvsalud.org)); Google Acadêmico (<https://scholar.google.com.br>); Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde ([bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br)); e BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações ([bdtd.ibict.br/vufind/](http://bdtd.ibict.br/vufind/)). Utilizaram-se os descritores: “transexual”, “travesti”, “transgênero”, “processo transexualizador” e “transgenitalização” – além dos critérios citados anteriormente, a leitura dos resumos dos resultados de busca

indicava se os materiais deveriam ou não ser lidos na íntegra e posteriormente incorporados ao referencial teórico deste Trabalho de Conclusão de Curso.

### **3.2 Pesquisa documental**

O emprego de “documentos” – leis, relatórios, jornais, revistas, fotografias etc. enquanto fontes primárias – em pesquisas científicas permite compendiar e decodificar as informações neles contidas, favorecendo a apreensão dos processos de mudança de indivíduos, grupos, conceitos, práticas (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015; SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

As principais fontes primárias que compõem o *corpus* desta pesquisa, de acordo com o objetivo do trabalho, são: as resoluções e as notas técnicas do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e as Portarias do Ministério da Saúde (MS), referentes ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).

Depois de localizados, lidos e fichados, tais documentos foram contextualizados histórica e socialmente, a fim de compreender *quem, por que, para quem e para que* foram construídos, sendo possível a elaboração de inferências fundamentadas no conteúdo dos próprios documentos. Levou-se em conta ainda a intertextualidade entre documentos, isto é, quando um faz referência a outros (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015; SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).



#### 4 AS TRANSEXUALIDADES: corpo e gênero em um panorama histórico-conceitual

Os conceitos de sexo e gênero são histórico-culturais e transpassados por disputas de múltiplos interesses (BENTO; PELÚCIO, 2012), de forma que:

[...] não há nenhum caminho fácil para distinguir entre o que é **‘materialmente’ verdadeiro** e o que é **‘culturalmente’ verdadeiro** a respeito de um **corpo sexuado**. Não pretendo sugerir que signos puramente culturais produzem o corpo material, mas apenas que **o corpo não se torna sexualmente legível sem esses signos** e que **esses signos são tanto cultural quanto materialmente irredutíveis** (BUTLER, 2009, p. 108, grifos nossos).

Depreende-se desse excerto que o humano não é “naturalmente” cisgênero e/ou heterossexual. Clarificando isso por partes, consideremos primeiramente a categoria “sexo” da seguinte maneira:

**Classificação biológica** das pessoas como **machos ou fêmeas**, baseada em características orgânicas como  **cromossomos, níveis hormonais, órgãos reprodutivos e genitais**. Ao contrário da crença popular, reiterada em diferentes discursos, a categoria sexo não se configura como uma dualidade simples e fixa entre indivíduos deste e daquele sexo (binarismo ou dimorfismo sexual), mas, isso sim, como **um contínuo complexo de características sexuais** (JESUS, 2012, p. 24, grifos nossos).

Posto isso, na nossa cultura, em geral o bebê é socialmente designado a um gênero (menino ou menina) ao nascer (inclusive antes disso, durante a gestação), principalmente por consequência da genitália externa. Nas relações sociais, a pessoa constrói sua “identidade de gênero”: uma auto-identificação com algum gênero, em consonância (homem cis, mulher cis) ou não (homem trans, mulher trans, travesti, pessoa não binária) com o que lhe foi atribuído no nascimento (JESUS, 2012; LANZ, 2014).

Nesse contexto, entre diversas definições clínicas e sociológicas, grosso modo, a transexualidade trata-se, portanto, de uma questão identitária em que a pessoa não se identifica com o gênero culturalmente enquadrado ao nascer, reivindica reconhecimento social e legal da vivência no outro gênero e pode, por conta disso, modificar o nome, o corpo e a roupa (JESUS, 2012; LANZ, 2014).

Por sua vez, a dimensão da orientação sexual relaciona-se aos desejos erótico-afetivos de alguém, tais quais as possibilidades da sexualidade humana: atração afetivossexual por pessoas do gênero oposto, do mesmo gênero, de ambos ou a indiferença ao sexo – heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, assexualidade, nessa ordem (JESUS, 2012; LANZ, 2014).

Igualmente às pessoas cissexuais (ou simplesmente “cis”), as pessoas trans podem ser heterossexuais, homossexuais, bissexuais, assexuais: as travestis que se atraem sexualmente apenas por homens (cis ou trans) são heterossexuais, e vice-versa; as travestis que se atraem exclusivamente por outras travestis, mulheres cis e mulheres transexuais, são lésbicas; os trans-homens que somente se relacionam sexualmente com outros homens (cis ou trans) são *gays*; uma mulher transexual que se direciona eroticamente a ambos os gêneros é bissexual; etc. (JESUS, 2012; LANZ, 2014; NERY, 2017).

É importante esclarecer que pessoas cujas vivências contestam a fixidez dos polos masculino e feminino não consistem em um fenômeno “recente”, tampouco em alguma “conspiração política”. Pelo contrário, a transposição de fronteiras entre as masculinidades e as feminilidades estende-se a diversas épocas e culturas: a mitologia greco-romana, *bardaches* ameríndios, *muxés* do México, *kathoey*s da Tailândia, *hijras* hindus, *mahus* da Polinésia, *fa’afafine* de Samoa, etc. (AYOUCH, 2015; LANZ, 2014). Como exemplo, apresenta-se uma *hijra* na Figura 1.

Figura 1 – Uma *hijra* fotografada por Vineeta Raj (Índia).



Fonte: NATIONAL GEOGRAPHIC. Disponível em: <<http://m.yourshot.nationalgeographic.com/photos/1928214/>>. Acesso em: 27 maio 2018.

Desde as antigas civilizações ocidentais e orientais, divindades eram representadas artisticamente como fusões de características associadas ao masculino e ao feminino, remetendo à perfeição, ao absoluto, à origem da vida. Nesse sentido, algumas dessas mais antigas representações foram de um faraó da XVIII Dinastia da história do Antigo Egito, reconhecido socialmente como a reencarnação do deus Aton: Akhenaton (século XIV a. C.), também conhecido como Amenófis IV, ou ainda, Amenhotep IV (vide Figura 2). Ele imortalizara imagens peculiares de si, com alongamento da face, lábios volumosos, amplidão dos quadris e outros elementos visuais que intrigam os pesquisadores da história e da arte egípcia (BERBARA; FONSECA, 2011).

Figura 2 – Estátua de Akhenaton (Egito).



Fonte: <<https://www.flickr.com/photos/ancientartpodcast/7032661267/>>. Acesso em: 27 maio 2018.

Na história do Império Romano, encontramos imperadores que expressavam estereótipos femininos (como as vestimentas) ou que tiravam proveito de alguma rústica cirurgia genital. Os notáveis Júlio César (100-44 a. C.) e Nero (37-68 d. C.), por exemplo, teriam ambos contraído matrimônio com um de seus respectivos escravos após a retirada da genitália externa desses escravos – o “passivo” deveria vir de uma camada social inferior (SAADEH, 2004; ZERBINATI, 2017).

É profícuo explorar o conhecimento proveniente da mitologia, onde encontramos, entre outros, o deus grego do vinho e do teatro, Dioniso (ou Baco, no panteão romano), que não seguia uma virilidade rígida e a quem eram prestados cultos vigorosamente ligados à dimensão da sexualidade (BERBARA; FONSECA, 2011). Um retrato da androginia<sup>2</sup> dionisíaca é o mosaico do século IV a. C. (Figura 3, abaixo), na “Casa de Dioniso” (em Pella, Macedônia), em que podemos observar:

[...] tanto a **figura do caçador**, dada através do deus sobre uma feroz pantera que salta, quanto os **traços femininos e leves** que compõem de forma sinuosa o seu corpo musculoso. Trata-se, sem dúvida, da **representação de um homem**, porém suas coxas e suas pernas que se entrecruzam, somados à **delicadeza de seu rosto em perfil e de suas mãos**, apontam, assim como na tradição literária, para a **tensão entre os gêneros** (BERBARA; FONSECA, 2011, p. 2241, grifos nossos).

Figura 3 – Mosaico na “Casa de Dioniso” (Pella, Macedônia).



Fonte: <<https://www.pinterest.pt/pin/361132463851436137/>>. Acesso em: 27 maio 2018.

<sup>2</sup> Andrógino, ou bigênero, é o: “Indivíduo que apresenta, simultaneamente, características físicas e comportamentos de homem e de mulher [...]” (LANZ, 2014, p. 291).

Outrossim, os primórdios do que atualmente as ciências entendem por “intersexualidade”<sup>3</sup> aparece na literatura ocidental pioneiramente nos diálogos de *O Banquete*, escrito em torno de 380 a. C. pelo influente filósofo Platão (428 – 347 a. C.). Em tais diálogos, Aristófanes (447 – 386 a. C.), discursa sobre o amor, a natureza humana e suas vicissitudes – o “Mito do andrógino” –, argumentando que outrora havia três gêneros: o masculino, o feminino e o andrógino (a junção de ambos); o primeiro descendia do sol, o segundo descendia da terra e o andrógino, da lua. Acerca da aparência dos seres pertencentes ao terceiro gênero, Aristófanes descreve que tinham “dois sexos”, costas e flancos redondos, quatro braços, quatro pernas, uma cabeça única com duas faces simétricas. Mas logo que os andróginos tentaram galgar o monte Olimpo com o intuito de confrontar os deuses, Zeus (o rei dos deuses, senhor do Olimpo) se pôs a parti-los em dois; conseqüentemente, cada um passou a procurar pela sua metade perdida, em encontros hetero ou homossexuais (PLATÃO, 1991).

Em se tratando ainda do saber mítico, a dimensão da intersexualidade também remete ao deus Hermafrodito (herdeiro dos deuses Hermes e Afrodite e que deu origem ao vocábulo “hermafrodita”<sup>4</sup>), ao qual se associam ritos nupciais e de fertilidade desde o século V a. C. Diz-se que certo dia enquanto ele se banhava despido em um lago, Salmacis, uma náiade (um tipo de ninfa associado à água doce), movida por uma paixão não correspondida, invocou os deuses para que nunca mais se separassem, tanto que seus corpos se misturaram em um só. Já que tal episódio se passou contra sua vontade, Hermafrodito lançou sobre o lago o maldizer de que seria igualmente transformado aquele que lá se banhasse (LOPES, 2017). Inclusive são de domínio público as esculturas em mármore – versões de um original perdido atribuído ao escultor grego Policleto (século V a. C.) – conservadas no *Musée du Louvre* (consulte a Figura 4), no *Museo Nazionale Romano* e na *Galleria Borghese* (Roma), onde se veem concomitantemente os traços femininos e o pênis de Hermafrodito (BERBARA; FONSECA, 2011).

---

<sup>3</sup> A intersexualidade se trata de um amplo conjunto de variações biológicas dos corpos tidos como masculinos ou femininos, ainda aparecendo na denominação médica sob os descritores “hermafroditas verdadeiros”, “pseudo-hermafroditas” e “genitália ambígua” (JESUS, 2012).

<sup>4</sup> Termo antigo que nominava as pessoas intersexuais – está caindo em desuso devido ao histórico sentido estigmatizante. Também já foi muito usado como sinônimo de “andrógino” (LEITE JÚNIOR, 2008).

Figura 4 – *Hermaphrodite endormi* (Musée du Louvre, Paris).



Fonte: MUSÉE DU LOUVRE. Disponível em: <<https://www.louvre.fr/oeuvre-notices/hermaphrodite-endormi>>. Acesso em: 28 maio 2018.

Outro caso, que pode ser superficialmente aproximado ao que hodiernamente se define como transexualidade, é o mitológico herói Ceneu, mencionado pela primeira vez no mais antigo e extenso documento literário grego e fundador da literatura ocidental, o poema épico *Ilíada*, de Homero (século VIII a. C.). Conta-se em outros manuscritos que havia nascido – na terra dos lápitas (um povo da Tessália, Grécia) – um bebê do sexo biológico feminino chamado Cenis, a filha do rei Elato, a qual sofreu na juventude abuso da parte do deus do mar Poseidon (conhecido pelos romanos como Netuno). Este deus, possivelmente como reparação de seu ato hostil, concedeu àquela a realização de um desejo; ela, sob a insatisfação de ser mulher, pediu para ganhar o corpo de um homem impenetrável, invulnerável (LOPES, 2017). Cenis torna-se, pois, o quase invencível guerreiro Ceneu; contudo, isso foi depreciado pelo centauro Latreu em uma batalha (identicamente ao que falam os transfóbicos<sup>5</sup> dos dias de hoje):

E tu, Ceneu, **vou ter de te aturar? Ao meu olhar tu serás sempre uma mulher**, sempre Cenis. Esqueceste do teu nascimento e da desgraça pela qual ganhaste tua recompensa – a que preço **ganhaste a falsa semelhança com um homem** [!]. Lembre-se tanto de teu nascimento, quanto ao que te submeteste. **Vá pegar o fuso** [de uma roca de fiar] **e o novelo de lã**. [...] **Deixe a guerra para os homens**. (OVÍDIO, 1984, p. 214-215 apud LOPES, 2017, p. 56, tradução do autor, grifos nossos).

A versão mais conhecida do próximo mito relacionado à transexualidade está nas *Metamorfoses*, de Ovídio (obra completada por volta do ano 8 d. C.). Sabe-se que, numa família pobre, a cretense Teletusa estava grávida do marido Ligdus, o qual desejava unicamente um bebê do sexo biológico masculino; caso contrário, ele ameaçava fazer um infanticídio, o que deixou a gestante desesperada. Sendo assim, em um sonho de Teletusa,

<sup>5</sup> Indivíduos que expressam preconceito e/ou discriminação em função da identidade de gênero de pessoas transexuais ou travestis (JESUS, 2012).

apareceu-lhe a deusa Ísis ao lado dos deuses Anúbis, Osíris, Bubastis, Apis e Harpócrates, de forma que a deusa Ísis alertou que Teletusa deveria proteger o bebê quando do parto, independentemente do sexo. Nasceu um nenê com vagina, logo a mãe seguiu a orientação divina e mentiu para o cônjuge. Ífis (nome que podia ser convenientemente dado tanto a um menino quanto a uma menina) sempre teve identidade e expressão de gênero masculinas. Desse modo, toda a história funcionava bem até chegar o tempo de Ífis se casar com a noiva arranjada pelo pai – Iante, filha de Telestes. Temendo que o filho não pudesse “consumar” o casamento e fosse descoberto pela sociedade, Teletusa o levou ao templo de Ísis, invocando-a aos prantos; por fim, a deusa o confere um *soma* masculino, desfazendo a dissonância genitália-identidade (LOPES, 2017).

Doravante, indo em direção à literatura da Medicina, nos deparamos com o célebre Galeno de Pérgamo (129 - 217 d. C.), que desenvolveu, ainda no século II, uma anatomia do sistema genital do homem e da mulher que influenciaria milenarmente a noção ocidental de “diferença sexual”, até o fim do século XVII. Ele demonstrou que as mulheres seriam essencialmente homens, porém a falta de “calor vital” nelas, a suposta “menor perfeição”, invertia as estruturas que no homem ficam para fora; a vagina equivaleria a um pênis interno (e assim por diante: lábios/prepúcio, útero/escroto, ovários/testículos). Esse é o “modelo de sexo único”, de isomorfismo pênis-vagina. Fica subentendido que nessa teoria o padrão do corpo humano é politicamente masculino, como se a mulher fosse um homem com falha no desenvolvimento (LAQUEUR, 2001).

Avançando na linha do tempo, um importante marco é a cristianização corpórea na sociedade feudo-clerical da Idade Média. Nesse período, a filosofia a serviço da fé da Igreja Católica – por exemplo, o neoplatonismo de Santo Agostinho (354-430 d. C.) – deu forças ao paradigma do dualismo psicofísico (distinção corpo-alma) e de noções e experiências do corpo como uma fonte de pecado, uma prisão do espírito, instituindo silêncios e interdições para conquistar a iluminação pela graça divina (BARBOSA; MATOS; COSTA, 2011). Nessa acepção, os discursos que se marcavam na carne pesavam mais para o lado feminino:

[...] de início o corpo na Idade Média foi renunciado. **Controlar a sexualidade feminina, seus gestos, suas práticas, sua conduta na sociedade** passaria a ser uma questão **mediada pela Igreja e aceita pela sociedade**. Mesmo assim, o próprio corpo feminino não deixou de também ter ‘tensões’ entre o bem (**a procriação, a virgindade de ‘Maria’, a castidade e o cuidado com a família**) e o mal (**a sexualidade, a**

**prostituição, a luxúria e a perversão da alma**) [...]. (ROIZ, 2010, p. 609, grifos nossos).

A contar da passagem do teocentrismo medieval ao antropocentrismo da Renascença (meados do século XIV ao fim do século XVI), o “método científico” redescobre o corpo, submetendo-o a olhares curiosos em minuciosas dissecações públicas, onde se fixavam parâmetros entre os corpos masculino e feminino (BARBOSA; MATOS; COSTA, 2011; LAQUEUR, 2001). Haja vista renasciam os ideais da Antiguidade clássica, sobrevivia o modelo galênico de sexo único – graças à ordem político-cultural, à proporção que os anatomistas renascentistas dissecavam, examinavam e representavam visualmente o corpo da mulher, ficavam mais convictos de que se tratava de uma versão do corpo do homem (LAQUEUR, 2001).

Em contrapartida, a epistemologia científica atravessa uma revolução nos períodos setecentista e oitocentista, a partir dos quais a visão dominante a respeito da questão da diferença sexual tornar-se-ia o “modelo de dois sexos” (ou de dimorfismo sexual, binarismo sexual): grosso modo, particularizam-se questões anatomofisiológicas do par homem/mulher (não só os aparelhos genitais, mas também processos como menstruação e lactação), demarcando dois sexos ontologicamente opostos, numa perspectiva essencialista que ricocheteia na vivência dos gêneros (LAQUEUR, 2001).

O surgimento de tais reinterpretações corporais (de corpos isomórficos para dimórficos) esteve intrinsecamente apoiado em um complexo conjunto de correntes sociais e políticas:

A ascensão da religião evangélica, a teoria política do Iluminismo, o desenvolvimento de novos tipos de espaços públicos no século XVIII, as ideias de [John] Locke [1632-1704] de casamento como um contrato, as possibilidades cataclísmicas de mudança social elaboradas pela Revolução Francesa [1789-1799], o conservadorismo pós-revolucionário, o feminismo pós-revolucionário, o sistema de fábricas com sua reestruturação da divisão sexual de trabalho, o surgimento de uma organização de livre mercado de serviços ou produtos, o nascimento das classes [...]. (LAQUEUR, 2001, p. 22-23).

Dessa forma, na virada para o século XX, mediante a repercussão das primeiras cirurgias de transgenitalização e outras descobertas das ciências médicas, cresceu o interesse

científico pelo diagnóstico e tratamento de “transexualismo”<sup>6</sup>. Por conseguinte, os saberes *psi* (principalmente o saber psiquiátrico e em partes o psicanalítico e o psicológico) protagonizaram o desdobramento de uma semiologia fundamentada em uma suposta linearidade entre a identidade de gênero e o sexo, dando apenas novas facetas ao binarismo homem/mulher dos dois séculos anteriores (ALMEIDA; MURTA, 2013; ARÁN, 2006; ARÁN; MURTA, 2009). Em outras palavras, Leite Júnior (2008, p. 80, grifos nossos) declara que:

Gradativamente, durante a primeira metade do século XX, o conceito de um ‘verdadeiro sexo’ encontrável em algum órgão do corpo ou função fisiológica vai sendo substituído pela idéia [*sic*] de um ‘**sexo prevalecente**’ que, assim, torna-se então o ‘verdadeiro’. A regra então para descobrir este sexo em alguém já adulto ou pelo menos não mais bebê passa a ser a composição do ‘todo’ de uma pessoa e **o que mais a equilibra para o lado feminino ou masculino**, envolvendo gônadas, caracteres e funções sexuais e, cada vez mais, a **influência psíquica**.

Pormenores cronológicos das transexualidades no século XX, na Europa e nos Estados Unidos (em Psiquiatria, Psicanálise, Sexologia, Endocrinologia e Cirurgia), são apresentados por Castel (2001), que divide suas reflexões em quatro fases: a primeira remonta às raízes da sexologia, com o médico alemão, homossexual assumido e militante Magnus Hirschfeld (1868-1935); a segunda diz respeito ao desenvolvimento da endocrinologia (base científica à diferença sexual binária e às questões políticas sustentadas por essa diferenciação); a terceira fase vai de 1945 a 1975, quando a sociologia empírica estadunidense investe em pesquisas acerca da socialização dos intersexos, dos indivíduos com alterações genéticas, dos homens acidentalmente castrados e das pessoas transexuais; e a quarta, de meados dos anos 1970 até os anos 1990 – reivindicação da despatologização das transexualidades e de maior liberdade identitária (CASTEL, 2001).

O sexólogo Magnus Hirschfeld (1868-1935) foi o primeiro a empregar o termo “transexual” – “transexual psíquico” – em 1910 (CASTEL, 2001; SAADEH, 2004). David Oliver Cauldwell (1897-1959) resgatou o termo em 1949 em um estudo de caso sobre uma pessoa do sexo biológico feminino que desejava se masculinizar somaticamente, intitulado *Psychopatia Transexuallis* (“psicopatia transexual”), em que se posicionou contra os

---

<sup>6</sup> Mantive o sufixo *-ismo* para corresponder à denominação daquela época. Mas sabemos que no vocabulário médico essa estrutura linguística frequentemente significa “doença”, devendo ser evitada.



tratamentos cirúrgicos (ARÁN; MURTA, 2009; LEITE JÚNIOR, 2008; SAADEH, 2004; ZERBINATI, 2017).

Além disso, as técnicas modernas de cirurgias urogenitais foram desenvolvidas embrionariamente no ano de 1917 pelo cirurgião Harold Delf Gillies (1882-1960) – um dos pais da cirurgia plástica – em combatentes mutilados pela Primeira Guerra Mundial e, dois anos depois, em pacientes intersexuais, chegando a redigir um manual de operação. Mas é ao cirurgião Felix Abraham (1901-1937), aluno de Magnus Hirschfeld, que se atribui o pioneirismo em cirurgia de redesignação sexual em pessoa sem genitália ambígua, em 1921: o caso de Dora Richter (1891-1933), antes Rudolph, na cidade de Dresden, na Alemanha (CASTEL, 2001; GALLI et al., 2013).

Em 1930, também na Alemanha, a dinamarquesa Lili Elbe<sup>7</sup> (1882-1931) – sobrenome escolhido com referência ao rio Elba – nascida Einar Wegener, iniciou seus processos cirúrgicos de transgenitalização com Hirschfeld, depois passou para o ginecologista Kurt Warnekros (1882-1949), até falecer por complicações pós-operatórias (CASTEL, 2001; GALLI et al., 2013; SAADEH, 2004). Na Dinamarca, foram registradas outras cirurgias desse tipo, como a de Roberta Marshall Cowell (1918-2011), piloto na Segunda Grande Guerra (SAADEH, 2004).

Nessas primeiras intervenções médicas, a técnica era:

[...] a retirada da genitália masculina e, apenas em um momento posterior, a construção da genitália feminina (**neovagina**), por meio de enxertos retirados das coxas, nádegas ou até mesmo do intestino, o que acabava por comprometer a sensibilidade da nova genitália (GALLI et al., 2013, p. 448, grifo nosso).

A divulgação de artigos decorrentes de tais procedimentos à comunidade científica delongava um período de seis a dez anos após a realização da operação (GALLI et al., 2013), de modo que a realmente considerada de grande impacto entre as precursoras é, em 1952, a de Christine Jorgensen (1926-1989), ex-soldado do exército estadunidense, em Copenhague (Dinamarca), pelas mãos da equipe do endocrinologista Christian Hamburger (1904-1992) – o ex-George Jorgensen escolheu o nome de Christine em homenagem a seu médico. A forte cobertura midiática da história de Christine contribuiu para o aumento significativo das procuras por tratamento – Hamburger teria recebido uma faixa de

---

<sup>7</sup> A história de Lili foi adaptada e contada por meio do filme “A garota dinamarquesa” (tradução em português do título original “*The danish girl*”).

quatrocentas cartas de pessoas que se identificaram com a história da paciente –, surpreendendo a sociedade científica e efervescendo pesquisas nas áreas médicas da Sexologia, Endocrinologia, Ginecologia, Urologia e Psiquiatria (ARÁN, 2006; ARÁN; MURTA, 2009; CASTEL, 2001; GALLI et al., 2013; LEITE JÚNIOR, 2008).

Depois dessa célebre operação, o endocrinologista alemão Harry Benjamin (1885-1986), resgatando ideias de Cauldwell e Hirschfeld, elabora o conceito de “transexualismo”. Benjamin propõe que o sexo dos indivíduos não é assinalado apenas pelas diferenças anatômicas, de maneira que é possível modificá-lo por intermédio de administração hormonal e procedimentos operatórios. Nessa linha de raciocínio, ele defende a cirurgia de redesignação sexual e a intervenção endócrina como únicas possibilidades terapêuticas para pessoas transexuais, de encontro a quaisquer tratamentos de ordem *psi*. Para validar esse procedimento médico, em sua obra *O fenômeno transexual*, de 1966, publica critérios diagnósticos que distinguiriam o “transexual verdadeiro” de travestis e homossexuais, sendo fundamentalmente, segundo ele, uma rejeição imutável do próprio órgão genital (ARÁN; ZAIIDHAFT; MURTA, 2008; LEITE JÚNIOR, 2008; MURTA, 2007; SAADEH, 2004).

Ademais, a partir do ano de 1955, o psicólogo e sexólogo John Money (1921-2006), em pesquisas com crianças intersexuais, produz um destaque ao conceito de gênero, ao diferenciá-lo da noção de sexo: o primeiro estaria para o psicossocial assim como o segundo estaria para o biológico. Suas teses permitiriam novas reflexões nos campos da Medicina e das Ciências Sociais, apesar de ainda defender uma visão estereotipada das masculinidades e feminilidades (ARÁN; ZAIIDHAFT; MURTA, 2008; LEITE JÚNIOR, 2008; MURTA, 2007; SAADEH, 2004).

Em 1956, o cirurgião-plástico Paul Fogh-Andersen teve a ideia de construir a neovagina a partir da própria estrutura peniana – todavia, continuava o formato tubular do órgão de origem. Nos anos subsequentes, outros profissionais – como o ginecologista francês Georges Burou (1910-1987), em Casablanca (Marrocos) – desenvolveram o método que hoje em dia é tomado como referência para a efetivação dessa modalidade cirúrgica: a “inversão peniana”, isto é, trabalha-se com o material retirado do pênis de maneira invertida, com tendência a preservar a sensibilidade da nova genitália. Posteriormente, outros aprimoraram a técnica, incluindo a construção de clitóris (GALLI et al., 2013).

Diante disso, se assistiu a um contratempo médico-legal na crescente proposição da terapêutica de transgenitalização: essa prática profissional não era autorizada em todos os países e estava movimentando solicitações de retificações dos registros civis, o que resulta na criação de centros de transgenitalização e na elaboração de protocolos de atendimento (MURTA, 2007) – os *Standards of Care* (ou SOC)<sup>8</sup> editados pela *World Professional Association for Transgender Health*<sup>9</sup> (WPATH), atualmente na 7ª versão, estão entre os modelos mais adotados no mundo contemporâneo (BENTO; PELÚCIO, 2012).

Nessa contextura, Norman Fisk, em 1973, fundamenta uma nosografia psiquiátrica das ditas “disforias de gênero”. Dessa maneira, em 1980, essa nosografia da experiência transexual foi oficializada como parte do Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais, DSM-III, entre os “Distúrbios de Identidade de Gênero”, formalizando a Psiquiatria e a Medicina em geral como as autoridades sobre essa questão e apontando a administração de hormônios e a cirurgia de redesignação sexual como a suposta “cura” do “fenômeno transexual” (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008; Castel, 2001; Murta, 2007).

Na publicação do DSM-IV, em 1994, a palavra “transexualismo” foi trocada por “Transtorno de Identidade de Gênero” (TIG), reexaminado enquanto um estado psicológico em que o sexo e a identidade de gênero são discordantes (MURTA, 2007; ZERBINATI, 2017).

A versão atualizada do manual (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-5) apresenta um diagnóstico global de “disforia de gênero”, cujo significado seria o sofrimento acarretado por uma acentuada incongruência entre o gênero denominado quando do nascimento e a experiência/expressão do gênero ao longo do desenvolvimento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). A respeito da “disforia de gênero” em adolescentes e adultos, o manual psiquiátrico elenca os critérios diagnósticos abaixo:

A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expesso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo dois dos seguintes:

---

<sup>8</sup> “Padrões de Cuidado”, em tradução nossa para a língua portuguesa.

<sup>9</sup> A “Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgênera” – tradução nossa – é a antiga *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIIGDA), ou Associação Internacional de Disforia de Gênero Harry Benjamin, em tradução livre.

1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas).
  2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas).
  3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero.
  4. Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado).
  5. Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado).
  6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado).
- B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 452-453).

Com base em todo o percurso histórico sobre corpo e gênero na experiência trans, depreende-se que ainda há um longo caminho no século XXI rumo à desconstrução da patologização das transexualidades e da inflexível cultura dimórfica, cis-heteronormativa. Na próxima seção, veremos genericamente a articulação do movimento LGBT brasileiro para conquistar políticas públicas e algumas vulnerabilidades que justificam uma assistência especial.

## 5 O MOVIMENTO LGBT NO BRASIL, POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS HUMANOS

Antes que tratemos precisamente da instauração da política pública nacional do “Processo Transexualizador” em 2008 (quando da aceitação da legitimidade de que orientação sexual e identidade de gênero são determinantes sociais da saúde) e da simultânea requisição dos conhecimentos e práticas da Psicologia, é crucial delinear preliminarmente alguns marcos éticos, legais e políticos (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; SENA; SOUTO; PASSOS, 2015) e alguns dados de morbimortalidade que abriram caminho à implementação de tal perspectiva ampliada de atenção à saúde da população transgênera.

Um ponto de partida é o ideal de respeito absoluto aos direitos e liberdades humanas universais, adotados e proclamados desde o dia dez de dezembro de 1948 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, da qual o Brasil é país-membro (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). Entre os trinta artigos que compõem a Declaração Universal dos Direitos Humanos, destacam-se fundamentalmente:

Artigo I: Todos os seres humanos **nascem livres e iguais em dignidade e direitos**. São dotados de razão e consciência e **devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade**.

Artigo II: 1 - Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, **sem distinção de qualquer espécie**, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição [...] (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, p. 4-5, grifos nossos).

Na década de 1950, o contexto brasileiro ainda não possuía um movimento LGBT propriamente dito, havendo somente festas e reuniões dirigidas à socialização desse público (SIMÕES; FACCHINI, 2009). Os movimentos políticos de defesa às pessoas LGBT’s e outros grupos historicamente excluídos começam a entrar em cena em meados da década de 1960, no enfrentamento à ditadura militar – tais movimentos se consolidaram no processo de redemocratização ao longo dos anos 1980 (NOGUEIRA; AQUINO; CABRAL, 2017; SIMÕES; FACCHINI, 2009).

Durante essa fase histórica de censura e violência institucionalizadas pelo governo militar (contra um paranoico “comunismo” e em nome dos “bons costumes”), pessoas cis homossexuais ou bissexuais e pessoas trans (como as travestis que trabalhavam com prostituição) foram internadas em hospitais psiquiátricos, presas pela polícia, torturadas, assassinadas (NOGUEIRA; AQUINO; CABRAL, 2017).

Como resultado dos movimentos de resistência política, a República Federativa do Brasil, na qualidade de Estado Democrático de Direito, comprometeu-se com os Direitos Humanos ao designar os fundamentos da cidadania e da dignidade da pessoa humana no artigo 1º da Constituição de cinco de outubro de 1988 – apelidada “Constituição Cidadã” –, deixando teoricamente para trás o autoritarismo militar e objetivando construir uma sociedade livre, justa, solidária e sem preconceitos (BRASIL, 2016a). O texto constitucional, a propósito do direito social à Saúde, institui que:

**Art. 196. 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 (BRASIL, 2016a, p. 118-119, grifos nossos).**

Em harmonia com essa determinação da Constituição Cidadã sobre a saúde popular, sanciona-se, em 1990, a “Lei Orgânica da Saúde” (Lei 8.080/1990), a qual dispõe a respeito de condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e para organização e funcionamento dos serviços correspondentes, difundindo os princípios, objetivos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (conjunto de ações e serviços de saúde, oferecidos por órgãos e instituições públicas municipais, estaduais e federais, com possível participação da iniciativa privada, desde que em caráter complementar). Desse modo, o SUS se alicerça nos princípios de: universalidade de acesso; integralidade de assistência; preservação da autonomia de usuários e usuárias; igualdade de assistência (sem preconceitos ou privilégios); participação comunitária; descentralização político-administrativa. E um de seus objetivos é identificar e divulgar os fatores determinantes e condicionantes da situação de saúde (BRASIL, 1990).

Ancorado nesses fundamentos, o Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) tem galgado um lugar de fala no delineamento e execução de políticas públicas de saúde, como nas Conferências e Conselhos de Saúde (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; SENA; SOUTO; PASSOS, 2015).

Dessa forma, um dos primeiros grupos organizados do Brasil com o propósito de trocar experiências entre homossexuais foi o Grupo Somos, fundado em São Paulo em 1978, inspirado no movimento argentino *Nuestro Mundo da Frente de Liberación Homossexual* (FLH). Por meio de depoimentos, escutavam-se as violências e incômodos presentes em cada trajetória individual, na tentativa de composição de uma identidade coletiva (SIMÕES; FACCHINI, 2009).

A mais velha associação brasileira de defesa de direitos humanos de cidadãos homossexuais, fundada em 1980, é o Grupo Gay da Bahia (GGB), o qual consagrou a coleta de informações em jornais do país para quantificar as violências homofóbicas (BRASIL, 2018a; GRUPO GAY DA BAHIA, 2018).

Mas é o início da epidemia de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), nos anos 1980, que posiciona os holofotes do SUS para a população LGBT, sinalizada como um suposto “grupo de risco”. Embora a AIDS tenha provocado muita discriminação e sofrimento, os movimentos sociais fomentaram o debate público e se aproximaram mais do Estado e das associações profissionais, requerendo alterações nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2013b; SIMÕES; FACCHINI, 2009; VIANNA, 2015).

Diante daquele clima de urgência, o governo elaborou o Programa Nacional de DST/AIDS em 1986. Nomearam o Grupo Gay da Bahia como membro da Comissão Nacional de AIDS do Ministério da Saúde em 1988. Em 1994, o Ministério da Saúde lança o Programa AIDS I, voltado a políticas de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (principalmente do vírus HIV), com a colaboração de movimentos sociais organizados (GRUPO GAY DA BAHIA, 2018; VIANNA, 2015).

Especificamente sobre a população trans, problematiza-se que antes dessa epidemia era difícil convencer uma travesti a frequentar a rede de serviços de saúde, por conta de sofrerem discriminações e negligências, o que as motivavam a recorrer à automedicação até que não restasse outra opção que não buscar ajuda médica – infelizmente isso ainda não é um problema completamente solucionado (SIMPSON, 2015).

Além disso, as mulheres trans brasileiras conheceram, ainda na década de 1980, o uso indiscriminado de hormônios feminilizantes e de silicone líquido industrial (SLI, um produto inadequado para humanos). A segunda substância, ainda que extremamente prejudicial à saúde, conquistou popularidade entre elas por modelar os contornos corporais – comumente os seios e as nádegas – mais rapidamente do que os hormônios, sendo ainda uma opção de baixo custo comparada às cirurgias plásticas. Suas aplicações clandestinas são realizadas, em geral, por intermédio de travestis/transsexuais mais “experientes” com o produto, conhecidas como “bombadeiras”. Esse fenômeno já é discutido pelos pesquisadores e pelos movimentos sociais como caso de saúde pública, haja vista os altos riscos de ocasionar reações alérgicas, deformações (deslocamentos do SLI para partes indesejadas),

necroses e, na pior das hipóteses, levar ao óbito (PELÚCIO, 2005; PINTO et al., 2017; SIMPSON, 2015).

Nos anos 1990, o movimento de travestis se estrutura em coletivos, como a Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro (Astral), apresentando ao Estado as demandas específicas das travestis, além de atuar nas ações de prevenção de infecção por HIV. No mesmo período, as questões de pessoas que se identificam como “transexuais” foram acrescidas à agenda do movimento (BRASIL, 2013b).

Por conseguinte, o movimento LGBT torna-se significativamente maior quando da criação da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros (ABGLT), em 1995, o que somou forças à luta pela conquista ou ampliação de direitos (VIANNA, 2015).

Ademais, no ano 2000, em Porto Alegre, cria-se a ANTRA: Articulação Nacional de Transgêneros. Poucos anos depois, a mesma sigla, utilizada até hoje, passa a significar *Associação Nacional de Travestis e Transexuais*. A finalidade da Associação, atualmente presidida por Keila Simpson, é traçar ações de promoção de direitos e resgate do exercício de cidadania das travestis e mulheres/homens transexuais (ANTRA, 2018).

Com a participação da sociedade civil, a Presidência da República, por meio da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), instituiu o “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB<sup>10</sup> e de Promoção da Cidadania Homossexual”, em 2004, com o intuito de assegurar políticas, programas e ações de combate à discriminação e de promover equidade de acesso aos serviços públicos (BRASIL, 2013b). Ainda nesse ano, o Ministério da Saúde (MS) formou o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT (CTSLGBT), coordenado pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa e constituído por representantes dos coletivos LGBT e de áreas técnicas do MS, almejando uma Política específica para o SUS (BRASIL, 2013b; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017).

Em 2006, o segmento LGBT obteve mais uma importante conquista com relação à participação democrática no SUS: a representatividade no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esse é um modo estratégico de diálogo entre o governo e os movimentos sociais a

---

<sup>10</sup> A designação “GLTB” (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) consta na redação dos documentos oficiais à época.



propósito das implicações dos eixos de orientação sexual e identidade de gênero no processo de saúde-doença (BRASIL, 2013b).

Outrossim, a República do Brasil é signatária dos Princípios de Yogyakarta, adotados por unanimidade na reunião de especialistas em legislação internacional de Direitos Humanos relativas às questões de orientação sexual e identidade de gênero, realizada na *Universidade Gadjah Mada* (Yogyakarta, Indonésia), entre os dias seis e nove de novembro de 2006. Os 29 especialistas dos 25 países participantes da reunião elaboraram 29 princípios e algumas recomendações adicionais, entre os quais os direitos: à igualdade e à não discriminação; ao reconhecimento perante a Lei; ao padrão mais alto alcançável de saúde física e mental e à proteção contra abusos médicos (CORRÊA; MUNTARBHORN, 2006).

Diante disso, entre os dias 14 e 18 de novembro de 2007, a partir da 13ª Conferência Nacional de Saúde – com o tema “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento” –, inclui-se o recorte de identidade de gênero bem como o de orientação sexual na análise da determinação social da saúde (BRASIL, 2008a, 2013b; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017). Na 182ª deliberação do relatório final proveniente dessa Conferência, solicitou-se que fosse implementada uma Política Nacional de Saúde Integral para a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2008a).

Consequentemente, o Ministério da Saúde, em se tratando do debate e da apropriação dos direitos e deveres dos usuários do SUS e do sistema privado (por extensão, gestores e trabalhadores dos sistemas), declarou o direito a atendimento humanizado sem discriminações, restrições ou negações em virtude de identidade de gênero e/ou de outros fatores, por meio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada na 198ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 17 de junho de 2009. A Carta torna-se a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, revogando a Portaria nº 675, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006, 2011).

A implementação da mencionada Política Nacional de Saúde Integral LGBT, no âmbito do SUS, ocorreu por meio da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (BRASIL, 2013b), corroborando os postulados da Constituição de 1988, da Carta dos Usuários da Saúde e dos Princípios de Yogyakarta (BRASIL, 2011, 2016a; CORRÊA; MUNTARBHORN, 2006).

Essa Política contempla ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (arrolando as responsabilidades e atribuições das gestões federal, estadual e municipal), por intermédio da eliminação da LGBTfobia institucional, da redução das desigualdades relacionadas à saúde das pessoas LGBT's e da consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Por isso, é essencial empoderar a representação dessas pessoas nos espaços de consulta popular (BRASIL, 2013b).

Para as pessoas trans, tal Política busca garantir, entre outras coisas, o acesso ao Processo Transexualizador e o respeito ao uso do nome social, deliberando ainda estratégias de redução da morbidade e mortalidade dessas pessoas (BRASIL, 2013b). Considera-se que as diversas facetas de exclusão social (desemprego, situação de rua, alimentação precária, baixa escolaridade, dificuldade de acesso à saúde e outras condições) afetam categoricamente a qualidade de vida e de saúde das pessoas e coletividades. Por esse prisma, os fatores de identidade de gênero e orientação sexual são classificados como determinantes sociais da saúde (DSS), uma vez que as condições de vida e trabalho características de cidadãos/ãs transgêneros/as e/ou homo/bissexuais se relacionam com a muito provável ocorrência de processos de adoecimento físico e mental, em comparação a cisgêneros/as e heterossexuais (BRASIL, 2013b; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; NOGUEIRA, 2018; NOGUEIRA; AQUINO; CABRAL, 2017).

Dessa maneira, o coletivo de homossexuais, bissexuais e transgêneros é probabilisticamente um alvo de violências diárias. Em outros termos: a LGBTfobia não só exclui e adocece, como também mata. Em 2017, notificaram-se no Brasil 445 mortes por LGBTfobia (387 assassinatos e 58 suicídios, sem deixar de lado que a subnotificação aponta para uma realidade ainda mais ameaçadora), um aumento de 29,7% em relação ao ano de 2016, no qual tinham sido contabilizados 343 óbitos. Logo, aproximadamente a cada 19 horas, um assassinato ou um suicídio mobilizado pela cis-heteronormatividade. Predominam homicídios com armas de fogo ou objetos perfuro-cortantes, porém comparecem amiúde sinais de crueldade, como espancamento, apedrejamento, desfiguração da face (GRUPO GAY DA BAHIA, 2017).

Na região nordeste do país, houve pelo menos 148 vítimas no ano de 2017, gerando uma média regional de 2,58 vítimas por milhão de habitantes. No estado do Maranhão, em números absolutos, foram identificadas 6 mortes nesse ano (0,86 por milhão de habitantes), o que o coloca provisória e estatisticamente como o estado menos violento da

região para LGBT's, seguido pelo estado do Piauí (GRUPO GAY DA BAHIA, 2017). Os dados proporcionais ao tamanho populacional de cada estado estão representados na Figura 5.

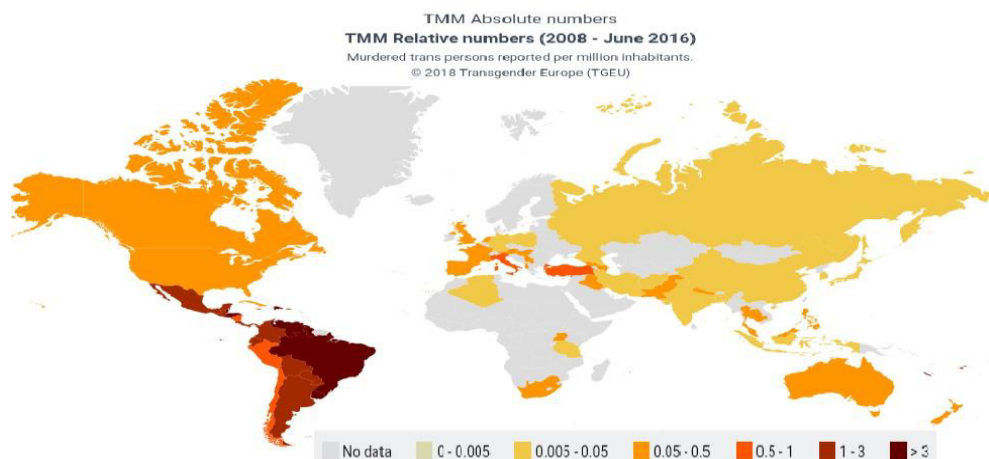
Figura 5 – Mortes por LGBTfobia na região Nordeste em 2017.



Fonte: Grupo Gay da Bahia (2017).

Segundo dados internacionais da ONG *Transgender Europe* (TGEU), que monitora mundialmente a transfobia, houve, no mínimo, 868 homicídios de pessoas trans no Brasil no período de 2008 a 2016 – no “1º lugar” do *ranking* de violência! Em escores relativos, há uma média de 4,33 vítimas por milhão de habitantes, uma das maiores médias mundiais entre os dados disponíveis, como podemos inferir por meio do mapeamento representado na Figura 6 (TRANSGENDER EUROPE, 2016).

Figura 6 – Mapa mundial de assassinatos reportados de pessoas trans.



Média de assassinatos reportados, por milhão de habitantes, entre 2008 e junho de 2016. A cor mais escura indica que o Brasil está entre os maiores índices (> 3).

Fonte: Transgender Europe (2016).

De acordo com o levantamento da Associação Nacional de Travestis e Transexuais, foi possível quantificar 179 assassinios de travestis e transexuais (169 travestis

ou mulheres transexuais e 10 homens trans) em 2017, o maior número nos últimos 10 anos e 35 casos a mais do que em 2016 (crescimento de 24,3%). Com os dados de 2017, estima-se que haja, no mínimo, uma vítima a cada 48h (ANTRA, 2018). Em virtude da expressividade numérica e do cunho discriminatório, acusa-se um genocídio de pessoas transgêneras no Brasil (JESUS, 2013). E visto que 94,4% das vítimas pertencem ao gênero feminino, podemos até mesmo falar em “transfeminicídio” (ANTRA, 2018; BENTO, 2014).

Em dados brutos, conforme o mesmo levantamento, o estado de Minas Gerais lidera a lista de assassinatos, com 20 casos registrados. O Maranhão aparece com 2 mortes documentadas, dividindo a penúltima posição com os estados de Mato Grosso do Sul, Sergipe e do Distrito Federal. Ao ponderarmos essas informações ao tamanho populacional de cada estado, obtemos uma média nacional próxima de 1,04 mortes por milhão de habitantes, referentes ao ano de 2017. A Tabela 1 dá mais detalhes sobre a quantidade de homicídios ponderada pela população de cada unidade federativa no ano de referência, onde se destacam: o Maranhão (MA) na 21ª colocação, ao lado do Rio Grande do Norte (RN); e a Paraíba (PB) no ponto mais alto (ANTRA, 2018).

Tabela 1 – Taxas de homicídios de pessoas trans no Brasil, por estado, em 2017.

<b>Ranking</b>	<b>Estado</b>	<b>Taxa de assassinatos, por milhão de habitantes (2017)</b>
1º	<b>PB</b>	<b>2,5</b>
2º	AL	2,02
3º	TO	2,0
4º	CE	1,77
5º	ES	1,75
6º	MT	1,71
7º	PE	1,47
8º	AC/AM/AP	1,25
9º	BA	1,13
10º	MG/PA	0,95
11º	SE	0,90
12º	RJ	0,87
13º	MS	0,74
14º	SC/GO	0,71
15º	PR/DF	0,67
16º	RO	0,55
17º	RR	0,50
18º	RS	0,45
19º	SP	0,35
20º	PI	0,31
21º	<b>MA/RN</b>	<b>0,28</b>

Fonte: Antra (2018), adaptada.

O Ministério dos Direitos Humanos (MDH) também produziu um relatório com dados quantitativos para tratar da violência LGBTfóbica nacional, alusivo principalmente ao

ano de 2016, priorizando metodologicamente as informações sistematizadas pela Ouvidoria de Direitos Humanos – Disque 100. Em tal relatório, informa-se que o Disque 100 recebeu 262 denúncias de violência contra pessoas trans no ano de 2015 e 207 denúncias contra esse grupo em 2016. Entre os tipos de violações de direitos humanos sofridas por travestis, mulheres transexuais e trans-homens, prevaleceram em 2016, consecutivamente, a violência psicológica, a discriminação e a violência física – outros tipos frequentes são a negligência, a violência sexual e a institucional (BRASIL, 2018a). Um retrato dessas diárias violações de direitos humanos de travestis e transexuais é o discurso autobiográfico abaixo:

Geral [‘inspeção’] da **polícia**, coisa que **nunca levei durante os meus 29 anos de homem cis, branco, barbado, classe média, cara de heterossexual, bastou um mês de travesti** para me acontecer pela primeira vez. E com requintes de crueldade, eles **esfregando o RG na minha cara**, me obrigando a **dizer em voz alta o nome que estava ali**, para todo mundo ouvir, **me chamando de ‘senhor’** como forma de **humilhação**, aí **ameaçando voz de prisão** se eu não deixasse um deles, homem, me revistar. Deixei chorando e ele veio, **apalpou minha bunda e peito na frente de todo mundo**, ainda dizendo depois ‘nem foi tão ruim, foi?’. Todos rindo, eu em frangalhos, acolhida por minha melhor amiga (MOIRA, 2017, p. 54, grifos nossos).

Em linhas gerais, conforme os dados do relatório do MDH, os suspeitos de cometerem violência transfóbica no Brasil em 2016 foram, majoritariamente, homens (logicamente cisgêneros), brancos, desconhecidos pela vítima, posicionados em locais públicos. E a maior parte dos alvos de violência tinha idade compreendida entre 18 a 24 anos e fenótipo negro<sup>11</sup> (BRASIL, 2018a). Isso é um indício de que assimetrias entre os gêneros masculino e feminino e questões étnico-raciais se fazem fortemente presentes no espectro da transfobia e travestifobia.

Nessa conjuntura, o MDH resolve instituir o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência LGBTfóbica, objetivando uma aliança entre o governo federal e as unidades federativas signatárias do Pacto – através de termo de adesão apropriado – com vistas a ações de prevenção e combate às homofobias e transfobias. Cabe aos entes federados participantes, entre outras coisas, criar/fortalecer Conselhos Estaduais de Combate à Discriminação LGBT, criar uma gestão nas secretarias estaduais para promoção de políticas públicas para LGBT’s, cooperar com iniciativas da sociedade civil e relatar os resultados alcançados (BRASIL, 2018b).

---

<sup>11</sup> No documento, não se diferenciam claramente as mulheres trans e os homens trans na análise estatística, por isso não incluo nessa afirmação o gênero predominante (provavelmente feminino). A outra observação é que escolhi unificar as pessoas autodeclaradas pretas e pardas como “negras”, diferentemente da autoria do relatório em questão.

Em suma, as travestis, as mulheres transexuais, os homens trans e demais integrantes da comunidade LGBTQI<sup>+</sup> estão sujeitos/as a diversas negações de direitos fundamentais, culminando em atentados violentos às suas vidas. Esse triste (e reversível?) desenho convoca a intervenção do Estado com políticas de atenção especial que possam restituir a cidadania e a saúde dessas pessoas e prevenir a exposição à violência. No próximo capítulo, analisaremos como se efetiva o Processo Transexualizador no SUS – uma importante resposta do poder público, contudo não a única necessária – e qual a função dos profissionais de saúde nesse serviço, principalmente os profissionais da Psicologia.

## 6 A PSICOLOGIA E O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS: (des)encontros entre o psíquico e o somático

Costurando os dois capítulos precedentes, devemos concordar que: “[...] na transexualidade, a importância do acesso aos serviços de saúde consiste não apenas no cuidado do processo de saúde-doença, mas fundamentalmente numa **estratégia de construção de si**” (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009, p. 1142, grifo nosso). Em vista disso, analisaremos a partir de agora de quais formas a específica política do Processo Transexualizador responde a essa demanda de “desconstrução-reconstrução” do corpo próprio e insere a profissão de Psicóloga/o nesse assunto.

Dessarte, as diretrizes nacionais para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde foram lançadas pelo Ministério da Saúde a partir da Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 e regulamentadas pela Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008, inaugurando os atendimentos às mulheres trans com interesse pelas técnicas de transformação fenotípica de masculino para feminino (tratamento hormonal pré-operatório e cirurgia de redesignação sexual), pautados na integralidade, humanização e interdisciplinaridade (BRASIL, 2008b, 2008c). Ambas as portarias do Ministério da Saúde consideravam as condições da Resolução CFM 1.652, de 6 de novembro de 2002, do Conselho Federal de Medicina, no que concerne à cirurgia de transgenitalização (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

A legalização dessas técnicas foi fruto de várias discussões. Acerca do implante de próteses mamárias em pacientes que nasceram com pênis, consultou-se a classe médica em 1979 (Protocolo CFM nº 1.529/79), cujo posicionamento profissional foi desfavorável naquele momento (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009; MURTA, 2007). Para fatos semelhantes, o CFM movia ações judiciais de lesão corporal, como no caso do médico Roberto Farina, que fez a primeira cirurgia de transgenitalização do Brasil, em 1971, em uma mulher trans, na cidade de São Paulo (ALMEIDA; MURTA, 2013; NERY, 2017).

A primeira Resolução do CFM a respeito dessas tecnologias plásticas, sob um novo ponto de vista, foi a Resolução nº 1.482/1997 que resolvia autorizar, apenas a título experimental, as cirurgias de neocolpovulvoplastias<sup>12</sup> e/ou procedimentos complementares em gônadas e caracteres sexuais secundários, exclusivamente em hospitais públicos

---

<sup>12</sup> Cirurgias de redesignação sexual do tipo “masculino para feminino”, “pênis para vagina”.

universitários, como tratamento dos casos de “transexualismo”<sup>13</sup> (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

A Resolução CFM nº 1.482/1997 foi revogada pela Resolução CFM nº 1.652/2002, a qual retirou o caráter experimental das cirurgias de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e de seus procedimentos complementares (considerando satisfatórios os resultados cirúrgicos estético-funcionais) e atribuiu o experimentalismo à realização de cirurgias do tipo neofaloplastia<sup>14</sup> e complementaridades (tendo em vista a continuação das dificuldades técnicas). Estas deveriam ser praticadas em hospitais universitários ou hospitais públicos adequados à pesquisa, ao passo que aquelas poderiam ser praticadas em hospitais públicos ou privados, sem exigência de atividades de pesquisa (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Está vigente, no entanto, a Resolução CFM nº 1.955/2010, que revoga a Resolução CFM nº 1.652/2002. A nova Resolução autoriza não só as neocolpovulvoplastias, mas também os procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários em geral, oficializando a transição fenotípica dos homens trans, como a retirada das mamas – excetuam-se as neofaloplastias, porquanto permanecem dificuldades estético-funcionais (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

No artigo 4º dessa nova Resolução, determina-se que a seleção de pacientes à cirurgia de redesignação sexual seguirá a avaliação de equipe multidisciplinar (formada por psiquiatra, cirurgiã/cirurgião, endocrinologista, psicóloga/o e assistente social), após, no mínimo, dois anos de acompanhamento; o/a paciente deve ainda ter diagnóstico médico de “transexualismo”, ser maior de 21 anos e não ter características orgânicas que impeçam as operações (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010). Isto é, apesar dos avanços, o CFM ainda prefere levantar a bandeira da nosografia psiquiátrica desenvolvida ao longo do século XX, a fim de definir os filtros de acesso às modificações de caracteres sexuais de pessoas transgêneras (MURTA, 2007).

Por sua vez, o Ministério da Saúde, em 2012, embarca numa série de ações visando ampliar o Processo Transsexualizador, entre as quais: articulações intraministeriais; visitas aos serviços habilitados e serviços de referência de iniciativa estadual; realização de

---

<sup>13</sup> Optou-se por manter a terminologia empregada no documento original, à época.

<sup>14</sup> Transgenitalização de “feminino para masculino”, “vagina para pênis”.



reuniões e seminários; e formação de Grupo de Trabalho para revisar as portarias relativas à atenção especializada em questão (SENA; SOUTO; PASSOS, 2015). Isso culminou na publicação da Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 (que revoga a Portaria nº 1.707/2008), redefinindo e ampliando o Processo Transexualizador no SUS, sob a diretriz de não restringir/centralizar a meta terapêutica às intervenções somáticas, tal quais os princípios do SUS (BRASIL, 2013a).

Reitera-se que a porta de entrada prioritária às ações no serviço é a Atenção Básica em saúde; sequencialmente, indica-se a Atenção Especializada, possível nas modalidades ambulatorial (acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia) ou hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório), cujas habilitações dependem do cumprimento de normas expressas nos anexos da Portaria (BRASIL, 2013a).

É preciso, por exemplo, para que a modalidade ambulatorial tenha permissão de funcionamento, uma equipe multiprofissional mínima formada por: psiquiatra ou psicóloga/o; endocrinologista ou clínico geral; assistente social; e enfermeira/o. E a equipe mínima da modalidade hospitalar deve ser: psiquiatra ou psicóloga/o; assistente social; e endocrinologista (BRASIL, 2013a).

De acordo com o artigo 14º da Portaria, no caso de transição somática de “masculino para feminino”, estão inclusos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (órteses, próteses e materiais) do SUS os seguintes procedimentos: terapia medicamentosa hormonal; orquiectomia bilateral (retirada dos testículos); penectomia (desmembramento do pênis) e neocolpoplastia (construção de uma neovagina); tireoplastia (redução do pomo de Adão); implante de prótese mamária de silicone bilateral; meatotomia e meatoplastia (reparação uretral); devidas correções de grandes lábios, pequenos lábios, clitóris, deiscências e fístulas, ou até mesmo a reconstrução da neovagina (BRASIL, 2013a; ZERBINATI, 2017).

Já na transição fenotípica de “feminino para masculino”, passa-se a contemplar: tratamento hormonal à base de testosterona; mastectomia simples bilateral (remoção das mamas e reposicionamento dos mamilos); histerectomia com anexectomia bilateral (retirada de útero, ovário e tubas uterinas); cirurgias complementares de redesignação sexual (meatotomia, meatoplastia, tratamento de possíveis deiscências e fístulas); e, ainda

experimentalmente, vaginectomia/colpectomia (desmembramento da vagina) e neofaloplastia (construção peniana) com implantes de próteses testiculares (BRASIL, 2013a; ZERBINATI, 2017).

Sendo assim, de acordo com o levantamento quantitativo de Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017), foi concretizado um total de 320 procedimentos de redesignação sexual do Processo Transexualizador nos hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde, no período de janeiro de 2008 até o mês de maio de 2016, cuja maior parte foi de usuários/as residentes nas regiões sudeste e sul do país, respectivamente, tal como se esquematiza na Tabela 2. Não houve registro de óbitos nessa faixa de tempo analisada. Os autores também identificaram desigualdades intrarregionais de acesso às cirurgias: no norte, as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) eram unicamente de usuários/as do estado do Tocantins; no nordeste, somente residentes da Bahia e de Pernambuco (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017).

Tabela 2 – Procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual, do Processo Transexualizador, no SUS, por região de residência do/a usuário/a, de jan./2008 a maio/2016.

Região de residência do/a usuário/a	Internações
Sudeste	121
Sul	115
Centro-oeste	60
Nordeste	4
Norte	17
Distrito Federal	3
<b>Total</b>	<b>320</b>

Fonte: Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017), adaptada.

Todas as ações especializadas supracitadas ficam proibidas a crianças e adolescentes, tal qual se expressa no artigo 14º, §2º da mesma Portaria:

I – a **hormonioterapia** [de] que trata esta Portaria será iniciada a partir dos **18 (dezoito) anos de idade** do paciente no processo transexualizador; e  
 II – os **procedimentos cirúrgicos** de que trata esta Portaria serão iniciados a partir de **21 (vinte e um) anos de idade** do paciente no processo transexualizador, **desde que tenha indicação específica e acompanhamento prévio de 2 (dois) anos pela equipe multiprofissional** que acompanha o [a] usuário (a) no Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador (BRASIL, 2013a, n. p., grifos nossos).

Diante de tudo isso, em se tratando do lugar da atuação profissional da Psicologia nessa Atenção Especializada, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) disponibiliza quatro documentos normativos: indiretamente, a Resolução CFP nº 001, de 22 de março de 1999, que estabelece normas de atuação com respeito à questão da orientação sexual; a Resolução CFP nº 010, de 27 de agosto de 2005, que aprova o Novo Código de Ética Profissional; a nota técnica de 2013 acerca do Processo Transexualizador e outras modalidades de atendimento às pessoas trans; e, muito recentemente, a Resolução CFP nº 001, de 29 de janeiro de 2018, a qual disciplina a assistência psicológica a travestis e transexuais (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1999, 2005, 2013, 2018).

Primeiramente, a Resolução CFP nº 001/99 sobre as orientações sexuais representa uma célebre conquista histórica do coletivo LGBT brasileiro. Desde 1998, grupos e organizações de defesa dos direitos humanos de LGBT's vinham encaminhando ao CFP denúncias de que psicólogos/as, em suas atividades profissionais, ensinavam que as homossexualidades e bissexualidades eram psicopatologias supostamente “curáveis” por crenças religiosas. Desse modo, o Conselho montou um grupo de trabalho com o intuito de fundamentar que a heterossexualidade não é a única possibilidade legítima de expressão da sexualidade humana e de constituição psíquica (KAHHALE, 2011).

Considerando que não há mais psiquiatrização das homo e bissexualidades no DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais) e na CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), com o objetivo de orientar, fiscalizar e disciplinar a profissão em relação a situações desse domínio, o CFP postulou que as homossexualidades não configuram doença/distúrbio/perversão e que a Psicologia deve colaborar com seus conhecimentos científicos no que se refere às questões da sexualidade para superar os preconceitos e discriminações contra *gays*, *lésbicas* e *bissexuais* (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1999).

Em 2005, o novo Código de Ética (Resolução CFP nº 010/2005) determinou que o trabalho do/a psicólogo/a se assegurará no respeito aos direitos humanos, sendo proibido tanto praticar (ou manifestar conivência com) todo tipo de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, quanto induzir a preconceitos pessoais de ordem política, filosófica, moral, ideológica, religiosa, etc., quando do exercício da profissão (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

Embora a autarquia federal dessa profissão tenha sido retardatária para publicar um regramento especificamente relativo à dimensão das transgeneridades (em comparação ao percurso das legislações da classe médica e do Ministério da Saúde), a nota técnica produzida pelo CFP em 2013 assinalou que a categoria se compromete com as políticas públicas de saúde voltadas às pessoas trans (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Nesse documento, o Conselho orienta que a(o) psicóloga(o): respeite a diversidade subjetiva dos (das) usuários(as) do Processo Transexualizador, atendendo-os(as) sem discriminação pela identidade de gênero; não condicione, restrinja nem centralize seu trabalho à redesignação sexual e outras intervenções somáticas; não embase o atendimento em visões patologizantes ou corretivas; apoie o sujeito a compreender sua própria demanda, contextualizando-a socialmente; defenda a autonomia do(a) usuário(a), numa atenção psicoterapêutica singular e flexível; busque respaldo em conhecimentos científicos dos estudos de gênero e sexualidade; baseie o acompanhamento em acolhimento/ escuta clínica/ avaliação psicológica; considere queixas e desordens psíquicas que não exclusivamente da transição fenotípica (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

À nota técnica, somou-se a Resolução CFP nº 001/2018, contendo normas de atuação quanto às identidades de gênero não cisnormativas (principalmente as travestilidades e transexualidades), visto que a Resolução CFP nº 001/99 dá conta apenas da esfera das orientações sexuais (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1999, 2018). Não olvidemos que travestis, mulheres trans, homens trans e pessoas não-binárias podem ser homossexuais, heterossexuais, bissexuais, assexuais; essas pessoas não devem ser encaixadas nas hegemônicas normas de gênero heterossexuais e falocêntricas (ARÁN, 2006; ARÁN; ZAIIDHAFT; MURTA, 2008; BENTO; PELÚCIO, 2012).

Assim sendo, fica prescrito que psicólogas e psicólogos do Brasil, visando desconstruir a transfobia, não praticarão discriminações, preconceitos, estigmas e estereótipos em relação a travestis e homens/mulheres trans, nem serão coniventes, tampouco omissos diante de tais atos. Isso deve ser obedecido em situações de criação e/ou aplicação de instrumentos/técnicas psicológicas, participação e/ou organização de eventos/serviços (públicos, privados, institucionais, comunitários ou promocionais) e pronunciamentos (inclusive em meios de comunicação e Internet). Nessa perspectiva, é reconhecida a livre construção do gênero e vetam-se antiéticas e anticientíficas “terapias de conversão” – ou

ainda reversão, readequação, reorientação e absurdos similares (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

É nítido o engajamento da Psicologia brasileira com a despatologização das transgeneridades (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, 2018; CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO, 2011), se assegurando, entre outras coisas, na Convenção de Yogyakarta (CORRÊA; MUNTARBHORN, 2006) e na Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2013b). Todavia, a Organização Mundial da Saúde (2008) ainda julgou necessário manter a identificação de “transtornos da identidade sexual” dentro do capítulo de “Transtornos mentais e comportamentais” (capítulo V) da décima revisão da “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde” (CID-10)<sup>15</sup>.

Embora a CID-10 permaneça em vigor até 2021, lançou-se a pré-visualização da 11ª revisão, a CID-11, em 18 de junho de 2018, para que os Estados-membros preparem traduções e a futura implementação da nova classificação – ainda será submetida à 72ª Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2019 e entrará em vigor em 1º de janeiro de 2022. Nessa 11ª revisão da CID, as transgeneridades, que são identificadas como “transtornos da identidade sexual” na 10ª revisão, passam a ser denominadas “*gender incongruence*” (incongruência de gênero, em tradução livre) e saem finalmente do capítulo de transtornos mentais, inclusas em “*conditions related to sexual health*” – “condições relacionadas à saúde sexual”, em tradução nossa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018a, 2018b).

Haja vista a vigência da décima revisão, o presente estudo não se aprofundará nas consequências dessas mudanças. Dito isso, na CID-10, existem os seguintes diagnósticos e códigos para as identidades transgêneras: “Transexualismo”<sup>16</sup> – código F64.0; “Travestismo

---

<sup>15</sup> A CID é o padrão internacional para identificação de tendências e estatísticas de saúde e para relatar doenças, distúrbios, lesões e outras condições de saúde, facilitando o compartilhamento de informações entre os profissionais de saúde de diferentes partes do globo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

<sup>16</sup> Conforme a CID-10, utilizando seus próprios termos, o “transexualismo” tratar-se-ia de um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do “sexo oposto”, acompanhado geralmente de mal-estar/inadaptação quanto ao “sexo anatômico”, com demandas de intervenções cirúrgicas ou hormonais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

bivalente”<sup>17</sup> – F64.1; “Transtorno de identidade sexual na infância”<sup>18</sup> – F64.2; “Outros transtornos da identidade sexual” – F64.8 e “Transtorno não especificado da identidade sexual”<sup>19</sup> – F64.9 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Uma vez que se referencia na CID, o SUS atualmente legaliza, via Portaria nº 2.803/2013 (artigo 14º), os atendimentos no Processo Transexualizador aos/às usuários/as com diagnósticos de “transexualismo” e “transtorno não especificado da identidade sexual”<sup>20</sup> – F64.0 e F64.9, nesta ordem –, independentemente do sexo de nascimento (homens trans, mulheres trans e travestis). Os trans-homens e as travestis não eram assistidos por esse serviço durante a vigência da revogada Portaria nº 1.707/2008 do Ministério da Saúde, porque antes constava nas normas que a pessoa deveria pertencer ao “sexo masculino”, ter exclusivamente CID F64.0 e interesse pela transformação da morfologia genital externa (BRASIL, 2008b, 2008c, 2013a; SENA; SOUTO; PASSOS, 2015).

Logo, a patologização das travestilidades e transexualidades ostenta uma complexa hibridez. Por um lado, tal como a tendência internacional, a protocolização psiquiátrica da assistência à saúde de pessoas transgêneras permitiu uma facilitação do ingresso às terapêuticas e repercutiu no exercício de cidadania. Por outro lado, a circunscrição do gênero do sujeito em um diagnóstico de transtorno mental pode ser uma fonte intensificadora de estigmas e sofrimentos, ao secundarizar as questões histórico-políticas

---

<sup>17</sup> Segundo tal classificação, mantendo os termos originais, o “travestismo bivalente”, no adulto ou adolescente, designa o fato de o indivíduo utilizar roupas do “sexo oposto” para satisfazer temporariamente um pertencimento a esse “sexo”, sem desejo mais permanente de alteração sexual ou de transformações cirúrgicas, o que o distingue do “transexualismo”; a mudança de vestimenta não tem o intuito de excitação sexual, excluindo o diagnóstico de “travestismo fetichista” – F65.1 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

<sup>18</sup> A CID-10 descreve que esse suposto “transtorno/distúrbio” se manifesta usualmente no início da infância, antes da puberdade, como persistente e intenso sofrimento com relação a pertencer a dado “sexo”, desejo de ser (ou certeza de que se é) do outro “sexo”, interesse pelas roupas e atividades do “sexo oposto” e repúdio às do próprio “sexo”. Tal categoria diagnóstica demanda uma profunda “perturbação de identidade sexual normal”, sendo insuficiente o menino apresentar um comportamento convencionalizado como “feminino” ou a menina ter comportamentos ditos “masculinos” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008) – uma visão bastante cissexista.

<sup>19</sup> De acordo com a lógica da CID-10, esse diagnóstico é atribuído quando o médico identifica um “transtorno da identidade sexual” estável/permanente que não se encaixa total e especificamente na possibilidade de “transexualismo”, pois não demanda, por exemplo, a cirurgia de redesignação sexual (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008). Psiquiatras brasileiros podem relacionar essa nosografia à identidade travesti.

<sup>20</sup> Em breve essa portaria deverá ser atualizada, considerando as novidades da CID-11, anteriormente mencionadas.

presentes na psiquiatrização (ALMEIDA; MURTA, 2013; ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009; AYOUCHE, 2015; BUTLER, 2009; SILVA; MELLO, 2017).

Posto isso, é válida a crítica feita por Bento e Pelúcio (2012, p. 577, grifos nossos): “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**”. Entretanto, ainda não há uma resposta sólida quanto aos meios de o SUS cobrir e ampliar o Processo Transexualizador se os “transtornos da identidade sexual” saíssem da CID (ALMEIDA; MURTA, 2013).

Ao encontro dos princípios norteadores ético-legais do Conselho Federal de Psicologia (1999, 2005, 2013, 2018) e dos conhecimentos da ciência psicológica, defendo que a transgeneridade não seja etiquetada como doença, distúrbio ou transtorno mental. Contudo, o sofrimento psíquico intenso, devido a fatores psicossociais, é frequente entre as pessoas trans, se manifestando (além do conflito com os caracteres sexuais) sob os sinais de angústia, tristeza, desesperança, perda dos vínculos familiares, ideação e tentativas de suicídio, entre outros (ARÁN, 2005; ARÁN; ZAHIDHAFT; MURTA, 2008; MURTA, 2007), de modo que seja disponibilizada uma “escuta” terapêutica que não se centralize unicamente no eixo somático, acolhendo integralmente o sujeito (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, 2018).

Em outras palavras, identificar-se enquanto transgênero é um modo de subjetivação não patológico possível dentro da diversidade humana (assim como as orientações homo e bissexuais); adoecimentos psicológicos podem advir da não aceitação pela hegemônica cis-heteronormatividade: o conjunto de concepções equivocadas de que ser homem ou mulher estaria direta e inteiramente fixado pela esfera biológica, tendo como destino a relação sexual com o gênero oposto<sup>21</sup> (ARÁN, 2006, 2009; BENTO; PELÚCIO, 2012; BUTLER, 2009).

O Ministério da Saúde designa a categoria de profissionais da Psicologia para acompanhar periodicamente os/as usuários/as do Processo Transexualizador nos atendimentos clínicos e nas etapas de pré e pós-operatório (BRASIL, 2013a). Mas diante das discussões supracitadas, evidencia-se que o trabalho *psi* com as transexualidades e travestilidades é

---

<sup>21</sup> Seria por isso que inexistem os diagnósticos de “cissexualismo” ou de “heterossexualismo” nas mãos de psiquiatras e psicólogas/os LGBT’s? (nota do autor)

sociopoliticamente mais amplo que uma análise puramente hospitalocêntrica, ao se encarregar das representações sociais. Além do mais, a hormonioterapia e as cirurgias isoladamente não imunizam a pessoa trans contra os preconceitos e discriminações (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009; SAMPAIO; COELHO, 2012; SANTOS; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2014; SILVA; MELLO, 2017).

Nas relações sociais, o uso do nome social é tão valioso quanto as mudanças corporais: chamamentos propositais do nome civil comparecem bastante nas tentativas de acesso ao emprego formal e nas variadas situações públicas, ferindo a subjetividade do indivíduo (MURTA, 2007). Uma ilustração disso é este trecho da autobiografia da travesti Amara Moira, acerca de uma sessão de psicoterapia: “[...] [A psicóloga,] ela acompanhava encantada essas novas histórias, a minha transformação a olhos vistos, roupas, feições, gestos, linguagem, mas nada de conseguir me chamar de Amara. [...] ‘Que lindo, Omar’. **Eu queria a morte.** (MOIRA, 2017, p. 53, grifo nosso)”.

Desse modo, o Processo Transexualizador, na direção de uma maior efetividade e coerência, precisa de parcerias com assistências jurídicas de mudança do registro civil (MURTA, 2007). Nesse sentido, é ideal que os profissionais de saúde em exercício de suas funções, segundo a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria nº 1.820/2009), assegurem o direito ao nome social, sem abordar as pessoas transexuais e as travestis através de códigos diagnósticos ou quaisquer outros meios ofensivos (BRASIL, 2011).

Além disso, a Portaria nº 2.803/2013 delibera que a pessoa transgênera seja obrigatoriamente avaliada pela equipe multiprofissional em um tempo prévio de dois anos, a fim de obter autorização para procedimentos cirúrgicos (BRASIL, 2013a). Precisamos amadurecer diálogos entre profissionais de Psicologia, profissionais de outras áreas de saúde e os movimentos sociais a respeito da temporalidade, da “tutela dos corpos trans” e do lugar da autonomia da pessoa humana, para evitar intervenções iatrogênicas (BENTO; PELÚCIO, 2012; LIONÇO, 2009).

Com certeza a “escuta” terapêutica – acolhimento do sofrimento psíquico e contextualização psicossocial – promove saúde a travestis e transexuais que a procuram, ampliando também os olhares biomédicos da equipe, porém não podemos perder de vista que:

A ênfase na autonomia da pessoa transexual na tomada de decisão sobre as estratégias médico-cirúrgicas necessárias à melhoria da qualidade de vida é uma diretriz fundamental para que a atenção à saúde de transexuais não se



restringa a novos **mecanismos de poder e controle** sobre os corpos e condutas sexuais das pessoas (LIONÇO, 2009, p. 58, grifo nosso).

A par de toda a explanação do capítulo sobre a posição ético-profissional da Psicologia no Processo Transexualizador do SUS, encerrá-lo-ei com a proposição de Nery (2017), falecido ativista trans-homem, o qual declarou em autobiografia que:

Os trans sabem de antemão o que deverão dizer e como se comportar para serem aceitos, visando atender às expectativas binaristas do que é ser um ‘transexual verdadeiro’. E são esses **‘especialistas’ cisgêneros** que dirão **quem você é e o que poderá fazer ou não com seu próprio corpo**. Esse autoritarismo iguala a todos e não reconhece as diferenças (NERY, 2017, p. 95, grifos nossos).

Reivindica-se, portanto, que os (as) usuários(as) trans da Atenção Especializada possam contar com profissionais da Psicologia – e demais profissionais de saúde – capacitados a atendê-los(las) com integralidade e humanização, distantes de práticas cisnormativas e heteronormativas (ALMEIDA; MURTA, 2013; ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018; LIONÇO, 2009). Dessa forma, algumas estratégias viáveis em prol da visibilidade trans são os investimentos em: ações de educação popular em saúde; educação permanente em saúde – seminários, cursos abertos na modalidade de ensino à distância etc. (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; SENA; SOUTO; PASSOS, 2015); qualidade de ensino, pesquisa e extensão das Instituições de Ensino Superior (IES) e hospitais universitários.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da presente pesquisa bibliográfica e documental possibilitou analisar a atuação ético-profissional das/os Psicólogas/os brasileiras/os no contexto do Processo Transexualizador, no Sistema Único de Saúde, por meio da identificação e problematização dos princípios norteadores ético-legais do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do Ministério da Saúde (MS).

Dessa maneira, foram considerados principalmente estes documentos: a Resolução CFP nº 001/1999 (normas de atuação relativas às orientações sexuais); a Resolução CFP nº 010/2005 (código de ética das/os Psicólogas/os); a “Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans”, publicada pelo CFP em setembro de 2013; a Resolução CFP nº 001/2018 (normas de atendimento psicológico a travestis e transexuais); a Portaria MS nº 2.836/2011 (Política Nacional de Saúde Integral LGBT); e a Portaria MS nº 2.803/2013, que regulamenta o Processo Transexualizador no SUS (BRASIL, 2013a, 2013b; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1999, 2005, 2013, 2018).

Discutiu-se preliminarmente que não somos cisgêneros e/ou heterossexuais “por natureza”, visto que os conceitos de sexo e gênero são perpassados por fatores histórico-culturais e políticos (BENTO; PELÚCIO, 2012; BUTLER, 2009; LANZ, 2014). Nessa perspectiva, diferenciou-se “identidade de gênero” de “orientação sexual”, de forma que as pessoas trans – do mesmo modo que as pessoas cissexuais – podem diversamente ser homo, hetero, bi ou assexuais (JESUS, 2012; LANZ, 2014).

Visualizamos depois que as primeiras cirurgias de redesignação sexual do século passado fomentaram o empenho das ciências ocidentais (Endocrinologia, Ciência Cirúrgica, Sexologia e ciências *psi*) em diagnosticar e “curar” o “transexualismo”, abalizadas pelo dimorfismo sexual, o que gradativamente resultou na criação de associações e protocolos de atendimento (ALMEIDA; MURTA, 2013; ARÁN; MURTA, 2009; CASTEL, 2001; MURTA, 2007).

Além disso, o Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria nº 2.803/2013 (que redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador), após vários diálogos com os movimentos sociais LGBT, oferece técnicas médicas de transição de gênero, assistência social e

acompanhamento psiquiátrico e psicológico para travestis e transexuais. A/o profissional de Psicologia é designada/o como membro obrigatório da equipe multidisciplinar, devendo acompanhar o/a usuário/a do serviço nos atendimentos clínicos e fases pré e pós-operatória (BRASIL, 2013a). Assinalamos, no entanto, que as assistências endocrinológica e cirúrgica sozinhas não impedem que a pessoa sofra preconceitos e discriminações; por conseguinte, nosso olhar e nossa intervenção devem ser sociopoliticamente amplos, trazendo benefícios para o/a usuário/a e para o trabalho da equipe como um todo. Não podemos inclusive colocar essa “tutela dos corpos trans” acima dos direitos da pessoa humana sobre seu próprio corpo, identidade e sexualidade, sob o risco de cair em um modelo de iatrogenia (BENTO; PELÚCIO, 2012; LIONÇO, 2009; SAMPAIO; COELHO, 2012).

Por esse prisma, notou-se que o CFP se compromete com a “escuta” do possível sofrimento psíquico das pessoas trans (muitas vezes relacionado à cultura dimórfica e transfóbica) sem enquadrá-las em critérios meramente psiquiátricos – embora estes ainda sejam seu principal meio de acesso à atenção especializada do SUS –, tampouco desrespeitar suas práticas sexuais e o nome social (ALMEIDA; MURTA, 2013; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1999, 2005, 2013, 2018; LIONÇO, 2009; SILVA; MELLO, 2017).

Almeja-se, dessarte, que esta pesquisa teórica contribua indiretamente com o progresso do saber e da prática *psi* em relação às identidades trans, em defesa dos princípios de universalidade, integralidade, equidade, autonomia, participação popular e humanização em Saúde (BRASIL, 1990).

Outrossim, existe uma iniciativa pioneira do Processo Transexualizador no Estado do Maranhão, sendo relevante que pesquisadores proponham futuros trabalhos de campo para analisar como tem sido o exercício profissional da Psicologia no contexto local: na capital São Luís, situa-se o Ambulatório de Sexualidade do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA)<sup>22</sup>, onde há hormonioterapia e acompanhamento

---

<sup>22</sup> O HU-UFMA é um hospital de ensino da Administração Pública Federal – certificado pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Ministério da Saúde (MS) –, cuja finalidade é englobar os eixos de assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, integrando, mediante convênio, a estrutura orgânica do Sistema Único de Saúde e sendo referência estadual para procedimentos de média e alta complexidade e alguns programas de atenção básica. Sua criação se deu em 17 de janeiro de 1991, quando o Ministro da Saúde, Alcení Guerra, assinou o Termo de Cessão e Uso do Hospital Presidente Dutra (inaugurado em 28 de julho de 1961) e do Hospital Materno Infantil (inaugurado em 05 de agosto de 1984), em solenidade no Palácio dos Leões – edifício-sede do governo do estado do Maranhão (PORTAL EBSEH, 2018).

multidisciplinar para pessoas trans – ainda não possui habilitação para cirurgias de redesignação sexual. No Portal do HU-UFMA, consta que o primeiro usuário com demanda de “transição” foi encaminhado pela Defensoria Pública do Maranhão (DPE-MA) em julho de 2016 (PORTAL EBSERH, 2018).

Para finalizar, é imprescindível que nos preocupemos com o atual clima político de involução, em que políticos brasileiros, endossados por uma parte da população, ameaçam retirar direitos duramente conquistados pelos movimentos organizados LGBT. Isto é: “[...] a insegurança encontrada pela população trans está no fato de que portarias podem ser revogadas a qualquer momento por qualquer governo, sendo necessárias leis que garantam todo esse processo (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017, p. 1511)”.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Guilherme; MURTA, Daniela. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, n. 14, ago. 2013, p. 380-407.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais: DSM-5**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANTRA. Associação Nacional de Travestis e Transexuais. **Mapa dos assassinatos de travestis e transexuais no Brasil em 2017**. Brasília (DF): [s.n.], 2018. Disponível em: <<https://antrabrasil.files.wordpress.com/2018/02/relatc3b3rio-mapa-dos-assassinatos-2017-antra.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2018.
- ARÁN, Márcia. A psicanálise e o dispositivo *diferença sexual*. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 3, set.-dez. 2009, p. 653-673.
- \_\_\_\_\_. A transexualidade e a gramática normativa do sistema *sexo-gênero*. **Ágora**, v. 9, n. 1, 2006, p. 49-63.
- \_\_\_\_\_. **Transexualismo e cirurgia de transgenitalização: biopoder/biopotência**. Brasília: Série Anis, 2005, p. 1-4.
- ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, 2009, p. 15-41.
- ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, 2009, p. 1141-1149.
- ARÁN, Márcia; Zaidhaft, Sérgio; MURTA, Daniela. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. 2008. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 1, 2008, p. 70-79.
- AYOUCHE, Thamy. Da transexualidade às transidentidades: psicanálise e gêneros plurais. **Percursos**, Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, ano XXVIII, n. 54, jun. 2015, p. 23-32. Disponível em: <<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01498414/document>>. Acesso em: 24 abr. 2018.
- BARBOSA, Maria Raquel; MATOS, Paula Mena; COSTA, Maria Emília. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. **Psicologia & Sociedade**, 2011, v. 23, n. 1, p. 24-34.
- BENTO, Berenice. Brasil: país do transfeminicídio. **CLAM – Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos**, 04 jun. 2014. Disponível em: <[https://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Transfeminicidio\\_Berenice\\_Bento.pdf](https://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Transfeminicidio_Berenice_Bento.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2018.
- BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, maio-ago. 2012, p. 569-581.

BERBARA, Maria; FONSECA, Raphael. De Akhenaton a Duchamp: arte, transexualismo e androginia. In: GERALDO, Sheila Cabo; COSTA; Luiz Cláudio da (Orgs.). **Anais do Encontro da Associação Nacional de Pesquisadores em Artes Plásticas – ANPAP**, Rio de Janeiro: ANPAP, 2011. Disponível em:

<[http://www.anpap.org.br/anais/2011/pdf/chtca/maria\\_louro\\_berbara.pdf](http://www.anpap.org.br/anais/2011/pdf/chtca/maria_louro_berbara.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2018.

BONI, Valdete; QUARESMA, Silvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, UFSC, Santa Catarina, v. 2, n. 1, 2005, p. 68-80. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BORGES, Lenise Santana et al. Abordagens de gênero e sexualidade na Psicologia: revendo conceitos, repensando práticas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, 2013, p. 730-745.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016a.

\_\_\_\_\_. **Lei 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. set. 1990. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 1 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_direitos\\_usuarios\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde – Saúde e Qualidade de Vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008. Aprova a regulamentação do processo transexualizador no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 20 ago. 2008b, seção 1, p. 69.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 675, de 30 de março de 2006**. Aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. REVOGADA pela Portaria MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. 30 mar. 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0675\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0675_30_03_2006.html)>. Acesso em: 1 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. REVOGADA pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. 18 ago. 2008c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707\\_18\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html)>. Acesso em: 30 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde. nov. 2013a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html)>. Acesso em: 29 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Cidadania. **Violência LGTBfóbicas no Brasil: dados da violência**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018a.

\_\_\_\_\_. Ministério dos Direitos Humanos. **Portaria nº 202, de 10 de maio de 2018**. Institui o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência LGTBfóbica. 10 maio 2018b. Disponível em: <<http://www.mdh.gov.br/biblioteca/lgbt/portaria-no-202-2018-institui-o-pacto-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-lgbtfobica>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007, p. 77-93.

BUTLER, Judith. Desdiagnosticando o gênero. Tradução: André Rios. Revisão Técnica: Márcia Arán. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2009, p. 95-126.

CASTEL, Pierre-Henri. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995). **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 21, n. 41, 2001, p. 77-111.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.482/97. Autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários com o tratamento dos casos de transexualismo. REVOGADA pela Resolução CFM nº 1.652/2002. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1997, Seção I, p. 20.944.

\_\_\_\_\_. 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 232, 2 dez. 2002, Seção I, p. 80-81.

\_\_\_\_\_. Resolução CFM nº 1.955/2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e REVOGA a Resolução CFM nº 1.652/2002. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 set. 2010, Seção I, p. 109-110.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Resolução CFP 010/05. Brasília, ago. 2005. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia-1.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans**. Brasília, DF, 04 set. 2013. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp->

content/uploads/2013/09/Nota-t%C3%A9cnica-processo-Trans.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFP n° 01/99**. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Brasília, 22 mar. 1999. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999\\_1.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf)>. Acesso em: 19 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFP n° 01/2018**. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. Brasília, DF, 29 jan. 2018. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/resolucao\\_cfp\\_01\\_2018.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/resolucao_cfp_01_2018.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. Manifesto pela despatologização das identidades trans (travestis, transexuais e transgêneros). In: \_\_\_\_\_. **Psicologia e diversidade sexual** – Caderno Temático n° 11. São Paulo: CRP SP, 2011.

CORRÊA, Sonia Onufer; MUNTARBHORN, Vitit (Orgs.). **Princípios de Yogyakarta: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero**. Yogyakarta, Indonésia, nov. 2006. Disponível em: <[http://www.clam.org.br/pdf/principios\\_de\\_yogyakarta.pdf](http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf)>. Acesso em: 29 maio 2018.

GALLI, Rafael Alves et al. Corpos mutantes, mulheres intrigantes: transexualidade e cirurgia de redesignação sexual. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 29, n. 4, 2013, p. 447-457.

GRUPO GAY DA BAHIA. **Mortes violentas de LGBT no Brasil: Relatório 2017**. [S.l.: s.n.], 2017. Disponível em: <[homofobiamata.files.wordpress.com/2017/12/relatorio-2017.pdf](http://homofobiamata.files.wordpress.com/2017/12/relatorio-2017.pdf)>. Acesso em: 2 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. **O que é o GGB**, 2018. Disponível em: <[www.ggb.org.br/ggb.html](http://www.ggb.org.br/ggb.html)>. Acesso em: 2 nov. 2018.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. 2 ed. rev. amp. Brasília: [s. n.], 2012. Disponível em: <<https://www.sertao.ufg.br/n/42117-orientacoes-sobre-identidade-de-genero-conceitos-e-termos>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Transfobia e crimes de ódio: assassinatos de pessoas transgênero como genocídio. **História Agora**, v. 16, n. 2, 2013, p. 101-123.

KAHHALE, Edna Maria Peters. Histórico do Sistema Conselhos de Psicologia e a interface com as questões LGBTs. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org). **Psicologia e diversidade sexual** – Caderno Temático n° 11. São Paulo: CRP SP, 2011.

KRIPKA; Rosana Maria Luvezute; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Danusa de Lara. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de investigaciones UNAD**, Bogotá (Colômbia), v. 14, n. 2, jul.-dez. 2015, p. 55-73.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LANZ, Letícia. **O corpo da roupa: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero**. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.



LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEITE JÚNIOR, Jorge. “**Nossos corpos também mudam**”: sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Katálisis**, v. 10, n. esp., 2007, p. 37-45.

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, 2009, p. 43-63.

LOPES, Anchyses Jobim. Transexualidades – psicanálise e mitologia grega. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 47, jul. 2017, p. 47-72.

MOIRA, Amara. Destino amargo. In: MOIRA, Amara et al. **Vidas trans: a coragem de existir**. Bauru, SP: Astral Cultural, 2017.

MOUNTIAN, Ilana. Estado laico: democracia, políticas públicas e psicologia. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Laicidade, Religião, Direitos Humanos e Políticas Públicas**. São Paulo: CRP-SP, 2016.

MURTA, Daniela. **A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde**. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2007.

NARVAZ, M. **A (in)visibilidade do gênero na psicologia acadêmica: onde os discursos fazem(se) política**. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

NERY, João W. A viagem solidária. In: MOIRA, Amara et al. **Vidas trans: a coragem de existir**. Bauru (SP): Astral Cultural, 2017.

NOGUEIRA, Sayonara Naidier Bonfim. Da cartografia da resistência ao observatório da violência contra pessoas trans no Brasil. **Revista Latino-Americana de Geografia e Gênero**, v. 9, n. 1, p. 220-225, 2018.

NOGUEIRA, Sayonara Naidier Bonfim; AQUINO, Tathiane Araújo; CABRAL, Euclides Afonso. Rede Trans Brasil. **Dossiê: A Geografia dos corpos das pessoas trans**. [S.l.: s.n.], 2017. Disponível em: <observatoriotrans.org/publicacoes>. Acesso em: 07 nov. 2018.

OLIVEIRA, Polianne Delmondez. **Cartografia das práticas de subjetivação em experiências trans**. Tese (Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10**. v. I, versão 2008. Disponível em:

<<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 2 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics**. 2018a. Disponível em:

<<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. **WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11)**. 18 jun.

2018b. Disponível em: <[http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))>. Acesso em: 17 nov. 2018.

PELÚCIO, Larissa. “Toda quebrada na plástica”: corporalidade e construção de gênero entre travestis paulistas. **Campos**, v. 6, 2005, p. 97-112. Disponível em:

<<https://revistas.ufpr.br/campos/article/view/4509/3527>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

PINTO, Thiago Pestana et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil.

**Cadernos de Saúde Pública**, 2017, v. 33, n. 7, p. 01-13.

PLATÃO. O banquete. In: \_\_\_\_\_. **Diálogos**. Trad. José Cavalcante de Souza. 5 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991.

POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese; SIGNORELLI, Marcos Claudio. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, maio 2017, p. 1509-1520.

PORTAL EBSEERH. **Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HU-UFMA**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufma>>. Acesso em: 30 maio 2018.

ROIZ, Diogo da Silva. Uma história do corpo na Idade Média. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.18, n. 2, 2010.

SAADEH, Alexandre. **Transtorno de identidade sexual**: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SAMPAIO; Liliana Lopes Pedral; COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde, **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 42, jul./set. 2012, p. 637-649.

SANTOS, Adelyany Batista dos; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Processo de formação das representações sociais sobre transexualidade dos profissionais de saúde: possíveis caminhos para superação do preconceito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19 n. 11, 2014, p. 4545-4554.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, ano 1, n. 1, jul. 2009. Disponível em:

<<https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

SENA; Ana Gabriela Nascimento; SOUTO, Kátia Maria Barreto; PASSOS, José Eduardo Fogolin. Marcos legais do processo transexualizador no SUS para a publicação da Portaria nº 2.803/13. 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.

SILVA, Francisco André da; MELLO, Ivana Suely Paiva Bezerra de. Psicologia e a despatologização da transexualidade. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 11, n. 1, mar. 2017, p. 81-95.

SIMÕES, Júlio Assis; FACCHINI, Regina. **Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009, 196p.

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. 9-15.

TRANSGENDER EUROPE. **Trans Murder Monitoring (TMM)**, set. 2016. Disponível em: <<https://transrespect.org/en/map/trans-murder-monitoring>>. Acesso em: 04 nov. 2018.

VIANNA, Cláudia Pereira. O movimento LGBT e as políticas de educação de gênero e diversidade sexual: perdas, ganhos e desafios. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 41, n. 3, jul./set. 2015, p. 791-806.

ZERBINATI, João Paulo. **Desvelando a vivência transexual: gênero, criação e constituição de si-mesmo**. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Sexual) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara-SP, 2017.

**APÊNDICE A – Principais documentos da pesquisa documental**

<b>AUTORIA</b>	<b>DOCUMENTO</b>	<b>FUNÇÃO</b>
Conselho Federal de Medicina (CFM)	Resolução CFM nº 1.955/2010	Revoga a Resolução CFM nº 1.652/2002 e dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo.
Ministério da Saúde (MS)	Portaria MS nº 2.836/2011	Implementa a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.
Ministério da Saúde (MS)	Portaria MS nº 1.707/2008	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Processo Transexualizador.
Ministério da Saúde (MS)	Portaria MS nº 457/2008	Aprova a regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do SUS.
Ministério da Saúde (MS)	Portaria MS nº 2.803/2013	Revoga a Portaria 1.707/2008; redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS.
Conselho Federal de Psicologia (CFP)	Resolução CFP nº 01/1999	Estabelece normas de atuação para as/os Psicólogas/os em relação à questão da orientação sexual.
Conselho Federal de Psicologia (CFP)	Resolução CFP nº 010/2005	Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo.
Conselho Federal de Psicologia (CFP)	Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans (2013)	Dá orientações acerca da atuação da/o psicóloga/o no Processo Transexualizador.
Conselho Federal de Psicologia (CFP)	Resolução CFP nº 01/2018	Estabelece normas de atuação para as/os psicólogas/os em relação às pessoas transexuais e travestis.