

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

GABRIELA MAIDANA

**UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL DA ATENÇÃO À SAÚDE DE MULHERES  
TRANSEXUAIS E TRAVESTIS NO BRASIL**

PORTO ALEGRE

2022

GABRIELA MAIDANA

**UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL DA ATENÇÃO À SAÚDE DE MULHERES  
TRANSEXUAIS E TRAVESTIS NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Gomes Ferreira

PORTO ALEGRE

2022

GABRIELA MAIDANA

**UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL DA ATENÇÃO À SAÚDE DE MULHERES  
TRANSEXUAIS E TRAVESTIS NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Aprovada em: Porto Alegre, 19 de dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Guilherme Gomes Ferreira - Orientador  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Profª Drª Vanessa Maria Panozzo Brandão - Examinadora  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## CIP - Catalogação na Publicação

Maidana, Gabriela  
Uma análise Interseccional da atenção à saúde de  
mulheres transexuais e travestis no Brasil / Gabriela  
Maidana. -- 2022.  
58 f.  
Orientador: Guilherme Gomes Ferreira.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto  
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,  
BR-RS, 2022.

1. Transexualidades . 2. Travestilidades . 3.  
Interseccionalidades . 4. Políticas de saúde . 5.  
Direito à saúde . I. Ferreira, Guilherme Gomes,  
orient. II. Título.

## RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso pretende contribuir com as discussões acerca da atenção à saúde de mulheres transexuais e travestis pelo Estado brasileiro, com o intuito de analisar, sob o viés da interseccionalidade, as políticas de saúde específicas para a população trans formuladas nas últimas duas décadas, bem como verificar como ocorre a produção dos sujeitos trans nas normativas que regem tais políticas. O estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa, a qual utilizou-se da técnica de pesquisa documental e do método dialético-crítico e suas respectivas categorias. Percebeu-se que nas últimas duas décadas o Estado brasileiro vem reunindo tímidos esforços para a elaboração de políticas de saúde específicas para a população trans, numa tentativa de reconhecer os inúmeros desafios na garantia e no acesso ao direito à saúde enfrentados por esse grupo social. Os achados deste estudo sugerem que o acesso à saúde pelas travestis e pelas mulheres transexuais ainda é permeado por situações discriminatórias que as mantêm afastada das ações e dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, acredita-se que o Serviço Social pode contribuir para a construção de estratégias de superação das condições de vida e de saúde que dificultam o acesso da população trans às políticas de saúde e para disputar uma perspectiva das transexualidades e das travestilidades e do cuidado em saúde que difira do modelo médico-centrado.

**Palavras-chave:** Transexualidades; Travestilidades; Interseccionalidades; Políticas de saúde; Direito à saúde.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANTRA - Associação Nacional de Travestis e Transexuais

APS - Atenção Primária à Saúde

CAVM - Casa de Apoio Viva Maria

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CFM - Conselho Federal de Medicina

CID - Código Internacional de Doenças

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

INI-FIOCRUZ - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBTI+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e outras identidades sexuais e de gênero dissidentes não nomeadas

PMA - Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde

PNSI LGBT - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

PTS - Projeto Terapêutico Singular

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2 FORMULAÇÕES POLÍTICAS E TEÓRICAS IMPORTANTES PARA A CONSTRUÇÃO DO PENSAMENTO FEMINISTA NA ATUALIDADE E PARA OS ESTUDOS DE SEXO E GÊNERO</b>	<b>12</b>
2.1 Feminismo negro, transfeminismo e interseccionalidades	12
2.2 Sexo, gênero e a produção de categorias sociais	18
<b>3 O ESTADO BRASILEIRO E A ATENÇÃO À SAÚDE DE MULHERES TRANSEXUAIS E TRAVESTIS: NORMATIVAS VIGENTES E O ACESSO À SAÚDE</b>	<b>30</b>
3.1 Das resoluções do Conselho Federal de Medicina às portarias do Ministério da Saúde	30
3.2 Breves considerações sobre a efetivação do direito à saúde e a criação dos Ambulatórios Trans	37
<b>4 O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE DE MULHERES TRANSEXUAIS E TRAVESTIS</b>	<b>45</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é fruto de uma trajetória acadêmica e militante permeada pelas experiências adquiridas em diferentes espaços sócio-ocupacionais e de militância orgânica, bem como dos intensos debates, análises e reflexões críticas fomentadas durante a graduação no curso de Serviço Social. A motivação para a escolha da temática tratada neste trabalho originou-se a partir da experiência em Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social realizado na Casa de Apoio Viva Maria (CAVM), casa-abrigo para famílias em situação de violência doméstica e familiar lotada na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Porto Alegre.

O estágio realizado no período de junho de 2019 a maio de 2021 oportunizou o contato com inúmeras famílias em situação de violência que, naquele momento, apresentavam demandas referentes aos mais diversos aspectos da vida social. Chamou atenção da estudante o fato de que durante o período de realização do estágio todas as famílias que foram acolhidas na CAVM eram constituídas por pessoas cisgênero. Ademais, na ocasião em que foi solicitada vaga para uma mulher transexual vítima de violência praticada por um desconhecido na rua, a mesma não foi concedida, uma vez que a violência não tinha ocorrido no âmbito doméstico ou familiar. A situação instigou a estudante, a qual não tinha proximidade com a temática até então, a refletir sobre as formas e os mecanismos de proteção direcionados às mulheres transexuais e às travestis no Brasil, considerando que as suas condições de vida e de saúde são condicionadas e determinadas socialmente e que o combate à violência só se dá a partir do acesso à saúde, à educação, ao emprego e à renda, à segurança, à moradia, dentre outros direitos sociais.

No Brasil, o direito à saúde é significativamente violado nas experiências das pessoas trans. O contexto de vulnerabilidade e de exclusão a uma série de serviços, benefícios e direitos implica na exposição da população trans, especialmente das mulheres transexuais e travestis, a uma série de riscos que vão desde a ameaça à vida e à integridade física até a convivência com prejuízos à saúde mental e física, passando pelo contato com drogas lícitas e ilícitas e pelas dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde (PEDRA, 2020). A discriminação experimentada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e que afasta as travestis e as mulheres



transexuais dos serviços públicos de saúde está diretamente atrelada ao estigma que a patologização das identidades trans pelas ciências médicas e psi trouxe para esse grupo social.

Apesar da legislação do SUS considerar a saúde enquanto um direito fundamental do ser humano, a situação de saúde das travestis e das mulheres transexuais está muito distante daquela que deveria ser garantida pelo Estado, visto que o atendimento integral ainda é um desafio. De acordo com a Lei nº 8080, o direito à saúde é muito mais amplo do que a assistência médica por si só, estando diretamente atrelado ao gozo do completo bem-estar físico, mental e social, tendo a saúde como determinantes e condicionantes “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990, s.p.).

Em 2020, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) manifestou apoio à Resolução nº 2.265/2019 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que estabelece novos paradigmas para a atenção integral à saúde das pessoas trans, reconhecendo, entretanto, que ainda existem aspectos a avançar. O tema possui relevância tanto para o trabalho profissional quanto para a produção intelectual do Serviço Social visto que o debate não pode estar descolado das questões da vida cotidiana, evidenciando, assim, a estreita relação entre teoria e prática.

O Serviço Social brasileiro, enquanto profissão que atua diretamente no campo da defesa e da garantia de direitos, vem afirmando, do ponto de vista ético-político, o compromisso com a diversidade e com a liberdade como valores emancipatórios, bem como tem avançado nas elaborações referentes à temática, tendo sempre em seu horizonte as exigências éticas previstas no Código de Ética Profissional do/a Assistente Social e a construção de uma nova sociabilidade livre de exploração e violência.

Contudo, a ausência de suficientes pesquisas sobre o tema na área do Serviço Social e das Ciências Sociais dificulta o conhecimento da realidade de inúmeros aspectos da vida cotidiana das pessoas trans, mistificando as suas reais condições de vida e de saúde e as discriminações a que estão sujeitas em suas comunidades. Os estudos sobre a temática, que indiretamente orientam a formulação de políticas públicas, devem considerar as especificidades dos contextos sociais que a população usuária está inserida, a fim de dar conta das

situações de opressão ou privilégio geradas pelas dimensões de sexo, gênero, raça, etnia, classe, sexualidade, geração, religião, território, entre outras.

No que diz respeito às transexualidades e às travestilidades, é fundamental considerar a experiência simultânea de múltiplas formas de opressão com base nas referidas categorias sociais, reconhecendo que o pertencimento simultâneo a diversos grupos sociais moldam as maneiras específicas como as pessoas experimentam as diversas formas de preconceito a que estão vulneráveis (BILGE; COLLINS, 2020, p. 38).

Para entendermos a indissociabilidade das relações de poder que envolvem as categorias, recorreremos à perspectiva da interseccionalidade como ferramenta analítica crítica, a qual instiga à leitura da realidade através das interações entre os diversos sistemas de dominação e suas contradições que estruturam a totalidade social. Na realidade concreta as *relações de poder interseccionais* não podem ser isoladas umas das outras visto que se fundem e funcionam de maneira unificada afetando vários aspectos do convívio social (BILGE; COLLINS, 2020, p. 20). Para Sirma Bilge e Patricia Hill Collins,

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária - entre outras - são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. (BILGE; COLLINS, 2020, p. 20)

A necessidade de incorporar uma abordagem interseccional na temática da atenção à saúde de mulheres transexuais e travestis encontra obstáculos tanto no âmbito do Estado quanto no âmbito das pesquisas e dos estudos sobre o tema. O Estado brasileiro ainda não considera a saúde da população trans em sua totalidade, bem como, invisibiliza as intersecções de sexo, gênero, raça, etnia, classe, sexualidade, geração, religião, território, entre outras, na formulação de políticas públicas, descolando, assim, a situação de saúde das travestis e das mulheres transexuais de um contexto mais amplo de discriminações.

Sendo assim, o presente estudo tem como questão central entender *como o Estado brasileiro tem promovido atenção à saúde de mulheres transexuais e travestis a partir da formulação de políticas públicas de saúde voltadas para essa população nas últimas duas décadas*. O referencial teórico-metodológico utilizado para realizar esta pesquisa pauta-se no materialismo histórico e dialético, que

compreende a atenção à saúde de mulheres transexuais e travestis como uma das múltiplas expressões da questão social e, portanto, objeto de estudo e intervenção profissional do Serviço Social.

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa visto que o interesse é na descrição do processo social em questão e na qualidade da narrativa. O objetivo deste estudo não é quantificar informações (ainda que a pesquisa quantitativa nos instrumentalize dimensionando o problema), e sim a apreensão das experiências dos sujeitos e da realidade em movimento, visto que se reconhece nesta pesquisa um exercício político, como bem afirma Martinelli.

Na pesquisa qualitativa todos nos expressamos como sujeitos políticos, o que nos permite afirmar que ela, em si mesma, é um exercício político. Não há nenhuma pesquisa qualitativa que se faça à distância de uma opção política (MARTINELLI, 1999, p. 26).

A pesquisa tem como cenário o território nacional brasileiro e como sujeitos as mulheres transexuais e as travestis. A amostra da pesquisa contempla as publicações oficiais do Governo Federal e dos conselhos profissionais emitidas nos últimos vinte anos que tratam da atenção à saúde da população trans, o que faz com que esta pesquisa seja fundamentalmente documental. Assim, o desenvolvimento da pesquisa deu-se a partir da técnica de pesquisa documental e do método dialético-crítico e suas respectivas categorias, sendo as principais a totalidade, a historicidade, a contradição e a mediação.

Os dados foram coletados nas bases de dados do Conselho Federal de Medicina, do Ministério da Saúde (Biblioteca Virtual em Saúde) e do Diário Oficial da União, a partir dos descritores: LGBTI+ (e suas variações), transexual, transexualidade, travesti, travestilidade, sexo, gênero, identidade de gênero e orientação sexual. Foram selecionadas estas bases de dados tendo em vista o acesso aos arquivos dos órgãos governamentais e profissionais existentes no Brasil que apresentam dados fidedignos do Governo Federal e dos conselhos profissionais relacionados à temática em questão.

Inicialmente, o material coletado foi organizado através de um roteiro que guiou o mapeamento das publicações que tematizam transexualidades, travestilidades e atenção à saúde. Os aspectos a serem analisados foram: ano da publicação, autoria, tipo de documento, público-alvo, objetivo e as concepções sobre atenção à saúde, transexualidades e travestilidades presentes no documento.

A análise dos dados foi realizada a partir da técnica de análise de conteúdo visto que nesta pesquisa buscou-se apreender de maneira mais profunda o processo social a ser investigado. Segundo Moraes,

Essa metodologia de pesquisa faz parte de uma busca teórica e prática, com um significado especial no campo das investigações sociais. Constitui-se em bem mais do que uma simples técnica de análise de dados, representando uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias (MORAES, 1999, p. 2).

No decorrer do primeiro capítulo buscou-se, inicialmente, adentrar nas principais formulações políticas do Feminismo Negro e do Transfeminismo para o pensamento feminista na atualidade. Posteriormente, foram apresentadas algumas concepções teóricas importantes que demarcaram os estudos de sexo e gênero com o intuito de desenvolver reflexões sobre as categorias *sexo* e *gênero*, bem como subsidiar a discussão acerca da produção dos sujeitos trans nas políticas de saúde. No segundo capítulo foram apresentadas as normativas elaboradas pelo Governo Federal e pelos conselhos profissionais que regem as políticas de saúde para a população trans e feitas algumas considerações sobre a efetivação do direito à saúde. No terceiro capítulo buscou-se situar o Serviço Social no contexto das políticas de saúde para a população trans e refletir sobre as possibilidades de atuação dos assistentes sociais na atenção à saúde de mulheres transexuais e travestis. Por fim, foram feitas breves considerações finais com o intuito de sintetizar as principais reflexões desenvolvidas no decorrer deste trabalho.

## 2 FORMULAÇÕES POLÍTICAS E TEÓRICAS IMPORTANTES PARA A CONSTRUÇÃO DO PENSAMENTO FEMINISTA NA ATUALIDADE E PARA OS ESTUDOS DE SEXO E GÊNERO

### 2.1 Feminismo negro, transfeminismo e interseccionalidades

As categorias sexo, gênero, raça, etnia, classe, sexualidade, geração, religião, território, entre outras, são indissociáveis na sociabilidade capitalista, não havendo hierarquias entre si e sim atravessamentos que estruturam as relações sociais e condicionam as experiências humanas individuais e coletivas na vida cotidiana. A articulação do racismo, do cissexismo e da dominação de classe produz formas particulares de violências sobre os sujeitos sociais, de modo que precisam ser pensadas articuladamente para analisarmos de maneira mais qualificada as experiências sociais. Assim, por exemplo, teremos condições de entender as dinâmicas específicas que atravessam as vidas das mulheres em diferentes contextos sociais.

O dito popular “preta para trabalhar, branca para casar e mulata para transar” expressa a herança colonial que estigmatiza as mulheres brasileiras em geral ao hierarquizá-las do ponto de vista do ideal racista e cissexista de mulher. Nesse sentido, o conceito de *imagens de controle* é fundamental para o entendimento das opressões experienciadas pelas mulheres negras (BUENO, 2019). A manipulação das imagens de controle dentro dos sistemas de dominação é uma forma extremamente eficaz de controle dos seus comportamentos e dos seus corpos. Para Winnie Bueno (2019), a objetificação das mulheres negras, numa relação com a lógica do pensamento binário, constitui a forma de organização do controle.

As imagens de controle são a justificativa ideológica que sustenta a continuidade dos sistemas de dominação racistas e sexistas que buscam manter as mulheres negras em situação de injustiça social. São uma forma potente de atacar a assertividade e a resistência de mulheres negras à sua objetificação enquanto o outro da sociedade. Ao retratar as mulheres negras através de estereótipos que as desumanizam, os grupos dominantes estabelecem uma miríade de justificativas que buscam perpetuar as iniquidades sociais e violências que eles impõem às mulheres negras em todo o globo. As imagens de controle fazem parte de uma ideologia generalizada de dominação, que opera a partir de uma lógica autoritária de poder, que nomeia, caracteriza e manipula significados sobre as vidas de mulheres negras que são dissonantes daquilo que elas enunciam sobre si mesmas (BUENO, 2019, p. 73).

A persistência desses paradigmas afeta de maneira significativa a construção de uma perspectiva unitária de luta das mulheres no Brasil, introduzindo contradições no interior dos movimentos feministas. A filosofia feminista e antirracista de Lélia Gonzalez e Sueli Carneiro é fundamental para compreendermos a consolidação dos movimentos de mulheres negras no Brasil e as representações que lhe são atribuídas a partir do disseminado mito da democracia racial. Em seus escritos, Lélia Gonzalez argumenta a respeito do rito carnavalesco, afirmando que este é o momento em que a mulher negra perde seu anonimato e passa a ser vista em sua máxima exaltação.

Como todo mito, o da democracia racial oculta algo para além daquilo que mostra. Numa primeira aproximação, constatamos que exerce sua violência simbólica de maneira especial sobre a mulher negra, pois o outro lado do endeusamento carnavalesco ocorre no cotidiano dessa mulher, no momento em que ela se transfigura na empregada doméstica. É por aí que a culpabilidade engendrada pelo seu endeusamento se exerce com fortes cargas de agressividade. É por aí, também, que se constata que os termos “mulata” e “doméstica” são atribuições de um mesmo sujeito. A nomeação vai depender da situação em que somos *vistas*. (GONZALEZ, 2020b, p. 104)

É preciso destacar que as representações e os estereótipos construídos historicamente sobre as mulheres negras “estão intimamente articulados com a visão segundo a qual há seres humanos menos humanos do que outros”, tal qual sugere Sueli Carneiro (2019a, p. 131), e, portanto, estes não devem ser tratados como detentores de direitos. Diante disso, a autora questiona-se como pode ser possível em um país em que o racismo adquire caráter estrutural a variável racial seja desprezada pelos movimentos feministas. Sueli Carneiro atribui essa invisibilidade a um racismo por omissão, por assim dizer, retomando o mito da democracia racial.

Diante do cenário aqui colocado, resta perguntar: como é possível diante disso que o racismo, a discriminação racial e a violência racial permaneçam como temas periféricos no discurso e na militância sobre a questão da violência contra a mulher? Só podemos atribuir isso à conspiração de silêncio que envolve o tema do racismo em nossa sociedade e à cumplicidade que todos partilhamos em relação ao mito da democracia racial e tudo que ele esconde. (CARNEIRO, 2019a, p. 131)

Em decorrência da condição específica de ser mulher negra no Brasil, as mulheres negras passaram a reunir esforços organizativos, a partir da década de

1980, pelo questionamento das desigualdades entre brancas e não brancas, por uma real inserção social e pelo combate às representações que as estigmatizam e à *cidadania de terceira categoria* a que lhes é atribuída decorrente da tríplice discriminação de gênero, raça e classe (CARNEIRO, 2019a). Lélia Gonzalez afirma que a participação ativa que as mulheres *amefricanas* e *ameríndias* - tal como a autora conceituou - têm nos movimentos étnicos-raciais as levou à consciência da discriminação sexual e de gênero a partir de práticas cissexistas por parte dos seus parceiros de movimento. Entretanto, ao buscarem solidariedade na teoria e na prática feminista, o que as mulheres negras encontraram foram práticas de exclusão e dominação racistas (GONZALEZ, 2020a).

Para Sueli Carneiro, a insuficiência com que é tratada a especificidade da mulher negra nos movimentos feministas e nos movimentos negros foi um grande fator impulsionador da organização política das mulheres negras. A consequência da leitura de que as perspectivas de raça e gênero não estão estruturalmente integradas às concepções e práticas políticas dos movimentos em questão, respectivamente, “tem sido a busca de um novo posicionamento político que tem por sentido estratégico o redimensionamento da questão da mulher negra a partir de uma perspectiva própria” (CARNEIRO, 2019a, p. 133)

É possível identificar a dialética da opressão e do ativismo na construção do pensamento feminista negro estadunidense como teoria social crítica. Em seus estudos, Patrícia Hill Collins (2019) sugere que as estadunidenses negras produziram um pensamento social visando encontrar maneiras de se opor à opressão e à injustiça social prevalente. O pensamento feminista negro reflete as experiências dessas mulheres em meio a opressões de sexo, gênero, raça, etnia, sexualidade, classe, geração, religião, nacionalidade, entre outras, abrangendo conhecimentos e práticas que tratam ativamente das especificidades enfrentadas pelas mulheres negras estadunidenses.

Essa sabedoria coletiva, por sua vez, tem motivado as mulheres negras estadunidenses a desenvolver um conhecimento mais especializado, a saber, o pensamento feminista negro como teoria social crítica. Assim como o combate à injustiça alicerçou as experiências das estadunidenses negras, a análise e a criação de inventivas respostas à injustiça caracterizam o cerne do pensamento feminista negro (COLLINS, 2019, p. 53).

Dentre os fatores que estimularam o pensamento feminista negro enquanto teoria social crítica está a participação das mulheres negras estadunidenses na

elaboração da cultura afro-americana a partir dos *saberes negros de resistência*. A segregação racial, principalmente no que diz respeito à moradia urbana, determinou a formação de contextos exclusivamente negros onde conhecimentos de matriz africana foram usados para a construção de saberes voltados contra a opressão racial, o que “estimulou visões de mundo especificamente negras e centradas nas mulheres” (COLLINS, 2019, p. 50).

Outro fator importante foi as experiências comuns entre as estadunidenses negras no trabalho doméstico, as quais proporcionaram, a partir da posição social de “*outsider* interna”, outros ângulos de visão sobre as opressões experienciadas. O trabalho doméstico desencadeou importantes contradições que culminaram em formas de resistência específicas das mulheres negras estadunidenses. Apesar dos fortes laços criados com seus empregadores, as mulheres negras permaneciam na condição de trabalhadoras economicamente exploradas, e, portanto, jamais “fariam parte” das famílias brancas que as empregavam. “O resultado é que se viram em um curioso lugar social de *outsider* interna [*outsider within*], uma forma peculiar de marginalidade que originou uma perspectiva específica das mulheres negras em uma série de temas” (COLLINS, 2019, p. 51).

Collins compreende a opressão das mulheres afro-americanas a partir de três dimensões interdependentes: i) econômica, no que diz respeito à exploração do trabalho das mulheres negras; ii) política, a partir da negação de direitos às mulheres afro-americanas; e iii) ideológica, em referência às imagens de controle construídas no período colonial aplicadas às mulheres negras mesmo na contemporaneidade. Quando tomada em conjunto, a rede de economia, política e ideologia funciona como um sistema de controle social que designa às mulheres negras um lugar subordinado, suprimindo suas ideias a fim de proteger os interesses e as visões de mundo da *branquitude*.

Assim como no Brasil, foi a tensão entre o ativismo intelectual e a supressão das ideias das mulheres negras que estimularam as estadunidenses negras a denunciar o viés racista nas teorias feministas. O desprezo pela perspectiva étnico-racial por parte dos feminismos ocidentais e a falta de participação plena das mulheres negras nas organizações feministas majoritariamente brancas escancararam o racismo e a preocupação excessiva voltada às mulheres brancas de classe média.



[...] essa supressão histórica das ideias das mulheres negras teve importante influência na teoria feminista. Um dos padrões de supressão é a omissão. Teorias apresentadas como universalmente aplicáveis às mulheres como grupo parecem, após exame mais detalhado, bastante limitadas pela origem branca, ocidental e de classe média de suas proponentes. (COLLINS, 2019, p. 42)

Feministas ocidentais brancas reconhecem atualmente a diversidade e a inclusão das ideias feministas negras em seus estudos como necessárias. Entretanto, a autora acredita que, eventualmente, haveria uma resistência destas pensadoras em repensar as perspectivas teóricas que fundamentam os seus trabalhos, ou, quando incluem o trabalho intelectual das mulheres negras, o fazem de maneira simbólica e despolitizada, sem incorporar de fato as mulheres negras. Collins acredita que a supressão dos conhecimentos produzidos por grupos oprimidos não é acidental, visto que desconsiderar esses conhecimentos “facilita o exercício do poder por parte dos grupos dominantes, pois a aparente falta de dissenso sugere que os grupos subordinados colaboram voluntariamente para sua própria vitimização” (COLLINS, 2019, p. 37)

Tanto o feminismo negro brasileiro quanto o pensamento feminista negro estadunidense têm como horizonte a relação com outros projetos de justiça social. Para Collins (2019, p. 116), “muitas das intelectuais afro-americanas têm promovido a ideia de que as lutas das mulheres negras são parte de uma luta mais ampla pela dignidade humana, pelo empoderamento e pela justiça social”. A organização das mulheres negras, ao trazer para a cena política as contradições decorrentes do caráter interseccional das opressões e propor uma nova concepção de *mulheridades* em contraponto à noção de mulher como sujeito único, vem desenhando novos contornos para a ação política feminista e antirracista. Nesse sentido, assim como o feminismo negro, podemos propôr uma correlação com os esforços de ativistas trans em trazer para a cena a dimensão das suas experiências para os movimentos feministas, o que algumas autoras conceituam como transfeminismo, movimento que surge “em forma de crítica e de reformulação do feminismo” (KAAS, 2012, s.p.) e reconhecendo “a interseção entre as variadas identidades e identificações dos sujeitos e o caráter de opressão sobre corpos que não estejam conforme os ideais racistas e sexistas da sociedade” (JESUS, 2014, p. 249), a fim de combater as perspectivas feministas tradicionais no que diz respeito à representação universal da mulher.

É imperioso entender nossas lutas como mulheres de modo compartilhado. O transfeminismo é, assim como o feminismo negro, a busca de uma voz coletiva na qual possamos expressar nossas mulheridades/feminilidades, como evidencia Patricia Hill Collins (2019). Um compartilhamento, que deve acontecer de modo articulado, com as nossas interseccionalidades raciais, etárias, de localização geográfica, de classe, entre outras. (NASCIMENTO, 2021, p. 45)

Segundo Alves e Jesus (2012), o conceito de transfeminismo passou a ser adotado no Brasil a partir da aproximação dos movimentos transgêneros com a teoria e a prática feminista e muito inspirado no feminino negro e em sua perspectiva interseccional. Foi através da internet que as pessoas trans puderam desenvolver alguns aspectos da ação política dos movimentos transgêneros e aprofundar os debates transfeministas. Iniciativas como o blog Transfeminismo, originalmente uma comunidade homônima no Facebook, e os espaços concedidos a mulheres transexuais e travestis em páginas como a plataforma digital Medium, contribuíram para a disseminação de produções intelectuais de autoria trans.

Para Emi Koyama (2001, p. 1 apud ALVES; JESUS, 2012, p. 14), o transfeminismo é “primordialmente, um movimento feito por e para mulheres trans que entendem que a sua liberação está intrinsecamente ligada à liberação de todas as mulheres [...]”. Historicamente, os movimentos feministas excluía(m) mulheres transexuais e travestis sob a falácia de que essas não são “mulheres de verdade”, as impedindo de atuarem politicamente dentro do movimento. Por essa razão, o transfeminismo passou a produzir *saberes feministas localizados socialmente*, e se constituiu como uma corrente teórica e política dentro do feminismo, que se divide em variadas correntes devido a compreensão de que não existe um sujeito único do feminismo (NASCIMENTO, 2012).

É preciso destacar que a noção universal de mulher limita as inúmeras possibilidades de afirmação das mulheridades, inclusive numa relação com as feminilidades. De acordo com o trabalho desenvolvido por Letícia Nascimento (2012), há pessoas trans, por exemplo, que dialogam com as múltiplas expressões das feminilidades, entretanto, não reivindicam um lugar dentro das mulheridades por entenderem a si mesmas como uma *expressão de gênero originária* (NASCIMENTO, 2012). Daí a importância de um conceito de gênero que permita a pluralização da noção de mulher e o reconhecimento das experiências femininas

experimentadas por pessoas que não necessariamente se entendem como mulheres.

Conforme nos autodefinimos dentro das mulheridades e/ou feminilidades, aproximamo-nos de um reconhecimento dentro de uma inteligibilidade de gênero e humana. Ao mesmo tempo, em contrapartida, contribuimos para desnaturalizar o modo socialmente instituído de se pensar a categoria "mulher". (NASCIMENTO, 2012, p. 34)

Diante disso, Letícia Nascimento (2012) afirma que o processo de ampliação dos sujeitos do feminismo implica o respeito ao *poder da autodefinição*. Segundo a autora, o poder de autodefinição para o transfeminismo "perpassa pela validação dos desejos de mulheres transexuais e travestis em nomear e produzir suas corporalidades e identidades de gênero", sendo necessário, ainda, demarcar "a pluralidade de possibilidades de autodefinição" (NASCIMENTO, 2012, p. 33). De certa forma, o transfeminismo reivindica um espaço dentro do feminismo de reconhecimento e respeito das experiências de mulheridades e/ou feminilidades de mulheres transexuais e travestis, bem como de suas produções teóricas e de sua luta política. A tentativa de tornar o feminismo mais plural constitui-se enquanto um dos principais objetivos do transfeminismo, fortalecendo os objetivos em comum com as demais correntes do movimento e resgatando o caráter histórico das lutas e resistências de mulheres trans e cis em suas diversas inserções de raça, etnia, classe e nacionalidade. Para Letícia Nascimento (2012, p. 34), se as mulheres transexuais e travestis interessam-se pelo movimento feminista é porque compreendem que suas identidades "possuem conexões com as construções identitárias coletivas dentro do feminismo".

## **2.2 Sexo, gênero e a produção de categorias sociais**

Apesar de as abordagens realizadas pela tradição marxiana terem oferecido importantes ferramentas para os estudos preocupados em compreender a opressão sexual e de gênero a partir da estrutura econômica, a dimensão política e cultural da questão de gênero não ganhou relevo nos escritos de Marx e Engels. Ambos argumentam sobre a relação econômica de propriedade ser a base da subordinação das mulheres - no interior do casamento -, de modo que a opressão feminina daria-se unicamente ou, de outra forma, sobretudo, pela dimensão econômica, em

termos das relações capitalistas de classe, não discutindo a dimensão política e cultural. Depois, pela trajetória marxista, a dimensão política e cultural das categorias sexo e gênero frequentemente foi tratada como “meramente cultural” (BUTLER, 1997) e como identitarismo esvaziado de conteúdo de classe por uma parte da esquerda política brasileira (FERREIRA, 2020), o que afastou, inclusive, os movimentos sociais brasileiros das dissidências sexuais e de gênero da perspectiva teórica crítica.

A tradição marxiana reduziu durante muito tempo a opressão sexual e de gênero à questão da divisão sexual do trabalho, pensando, inclusive, apenas na dimensão da produção social e não da reprodução da sociedade. No volume I de *O Capital*, Marx escreve sobre a transição das mulheres do trabalho doméstico para a produção fabril, assumindo que o trabalho reprodutivo não era considerado um trabalho socialmente necessário e que as mulheres passaram a ter um papel na produção social somente a partir do advento da industrialização (MARX, 2014). Ainda n’*O Capital*, Marx identifica a reprodução da força de trabalho como parte essencial e condição da acumulação de capital. Entretanto, a concebe prioritariamente sob o aspecto do consumo. Ao citar o trabalho doméstico e familiar, Marx o identifica como algo que não pode ser suprimido e que, com o desenvolvimento do capitalismo, será substituído por bens adquiridos. Por outro lado, em nenhuma parte de sua análise Marx reconhece de maneira explícita que a reprodução do trabalhador envolve o trabalho não remunerado das mulheres.

Uma vez que não podem ser suprimidas inteiramente certas funções da família, tais como cuidar de crianças e amamentá-las, têm as mães de família confiscadas pelo capital de arranjar algo que as substitua. Os trabalhos necessários na vida familiar, como costurar e remendar, têm de ser substituídos pela compra de mercadorias fabricadas. Ao menor dispêndio de trabalho doméstico corresponde maior gasto de dinheiro. Os custos de manutenção da família do trabalhador aumentam até se contrabalançarem com a receita suplementar. Acresce que se tornam impossíveis a poupança e o discernimento no uso e na preparação dos alimentos. (MARX, 2014, p. 453).

Em *A Origem da família, da propriedade privada e do Estado*, Engels sugere que a produção e a reprodução da vida imediata distingue-se em duas formas distintas: de um lado estaria a produção dos meios de existência e de outro estaria a reprodução da espécie (ENGELS, 2019). Engels não aprofundou seus estudos sobre a existência e a importância da vida social, entretanto, o reconhecimento desse aspecto da vida material foi desenvolvido depois pelas feministas marxistas

ocidentais. Para Gayle Rubin (2017), à essas *relações de sexualidade* dá-se o nome de *sistema de sexo/gênero*. Em seu ensaio *O tráfico de mulheres: notas sobre a economia política do sexo*, a autora faz uma leitura crítica das obras de Claude Lévi-Strauss e Sigmund Freud e utiliza as ferramentas conceituais que eles oferecem para “descrever a parte da vida social em que reside a opressão das mulheres, das minorias sexuais, e de certos aspectos da personalidade humana presente nos indivíduos” (RUBIN, 2017, p. 2).

O ensaio, publicado em 1975, marcou a literatura feminista ao difundir o conceito de gênero como algo inovador para o pensamento feminista, apesar de ele ter sido utilizado também e contraditoriamente para justificar as desigualdades sociais baseadas no sexo - depois, por uma perspectiva essencialista do gênero (NICHOLSON, 2000). Segundo Rubin, o sistema sexo/gênero, produzido pela atividade humana, estrutura as relações sociais, a partir das quais uma mulher torna-se uma mulher oprimida. Ou seja, o termo “se refere ao domínio em questão e indica que a opressão não é algo inevitável, mas, sim, produto de relações específicas que a organizam” (RUBIN, 2017, p. 6). A autora localiza a passagem das “mulheres como matérias-primas” à “mulheres domesticadas” no trânsito entre natureza e cultura.

Como definição preliminar, podemos dizer que um “sistema sexo/gênero” consiste em uma série de arranjos por meio dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, nos quais essas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas. (RUBIN, 2017, p. 2)

Rubin sustenta seu argumento tanto de uma perspectiva sociológica quanto também biológica e opera com uma série de dualismos - sexo/gênero, natureza/cultura - a partir da ideia de que o parentesco, através do intercâmbio de mulheres, princípio fundamental da teoria de Lévi-Strauss, criaria dois gêneros dicotômicos e as diferenças biológicas entre os sexos seriam exarcebadas no plano da cultura. Ou seja, para Rubin, a identidade de gênero é uma forma de organização social de elementos biológicos imutáveis, de modo que o gênero seria a ação humana recaindo em elementos naturais/essenciais.

Homens e mulheres são, certamente, diferentes; mas não são diferentes como dia e noite, terra e céu, yin e yang, vida e morte. De fato, do ponto de vista da natureza, os homens e as mulheres estão mais próximos uns dos outros do que qualquer outra coisa - mais, por exemplo, do que montanhas, cangurus ou coqueiros. A ideia de que homens e mulheres são diferentes

entre si mais do que qualquer coisa deve vir de algum lugar fora da natureza. [...] a ideia de que os homens e as mulheres são duas categorias mutuamente excludentes deve vir de algo diferente de uma oposição "natural" - que, por sinal, não existe. Longe de ser uma expressão de diferenças naturais, a identidade de gênero exclusiva é a supressão de semelhanças naturais. (RUBIN, 2017, p. 11)

Joan Scott (2019) em *Gênero: uma categoria útil de análise histórica* também defende uma anterioridade biológica sobre a qual o gênero vai atuar. Seus estudos favorecem uma dimensão cultural e histórica do conceito de gênero, o qual passa a designar uma diferenciação entre cultura e biologia. Segundo a autora, o termo gênero "trata-se de uma forma de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e de mulheres. 'Gênero' é, segundo esta definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado" (SCOTT, 2019, p. 75). Ainda, Scott destaca a dimensão relacional da categoria, evidenciando que a desigualdade de gênero existe em relação ao masculino.

Os trabalhos de Gayle Rubin e Joan Scott apresentam deslocamentos importantes para o debate feminista da época ao pensar a realidade das mulheres a partir de sistemas culturais, servindo, assim, como uma contribuição fundamental para a compreensão da totalidade dos sistemas históricos de diferenciação sexual. Além disso, Scott compreende gênero tanto como um elemento de análise quanto de descrição das desigualdades sociais baseada no sexo, enquanto Rubin oferece o conceito como uma categoria alternativa ao patriarcado, questionando a ideia de opressão feminina universal ao afirmar que a opressão é produto de relações sociais específicas (PISCITELLI, 2002).

Todavia, o olhar biologicista direcionado à categoria sexo presente nos estudos de Rubin e Scott concebe os elementos biológicos enquanto uma base natural imutável, alimentando a ideia de identidades essenciais - homem e mulher. A categoria sexo é percebida como um elemento natural e biológico, independente da ação social dos seres humanos e oposta à categoria gênero. A concepção de que sexo é uma categoria também social e produto da sociedade e de decisões sociais pode ser identificada a partir da crítica de outras autoras, como Anne Fausto-Sterling (2000), que analisa as tentativas da ciência de oferecer regras absolutas para a definição do sexo tomando como exemplo os corpos de pessoas intersexuais.

Se uma criança nasce com dois cromossomos X, ovários, um útero na

parte de dentro, mas com um pênis e uma bolsa escrotal na parte de fora, por exemplo, é um menino ou uma menina? A maioria dos médicos dirá que é uma menina, a despeito do pênis, por causa de seu potencial para dar à luz, e intervêm usando cirurgia e hormônios para confirmar sua decisão. A escolha dos critérios a utilizar na determinação do sexo, e a escolha de simplesmente fazer essa determinação, são decisões sociais para as quais os cientistas não podem oferecer regras absolutas. (FAUSTO-STERLING, 2000, p. 20)

Fausto-Sterling argumenta que o sexo de um corpo é muito complexo e que o conhecimento científico pode ser útil para ajudar na tomada da decisão - social - de nomear alguém como homem ou mulher. Entretanto, somente o entendimento de cada um sobre gênero é que pode definir o seu sexo. Ela ainda diz, tomando como exemplo a intersexualidade, que o conhecimento médico desenvolvido referente à essa questão dá aos praticantes da medicina o poder de ajustar os corpos intersexuais às definições de macho e fêmea, sustentando, assim, o que ela chama de “mitologia do normal” (FAUSTO-STERLING, 2000, p. 27)

Intersexuais como Maria Patiño têm corpos refratários – até heréticos. Eles não cabem naturalmente em classificações binárias; só o instrumento cirúrgico pode fazê-los caber. [...] a fim de manter as divisões de gênero, precisamos controlar aqueles corpos que são tão refratários que chegam a apagar as fronteiras. Como os intersexuais literalmente corporificam os dois sexos, contribuem para enfraquecer as afirmações sobre diferenças sexuais. (STERLING, 2000, p. 27)

Os estudos de Thomas Laqueur (2001) mostram que na antiguidade clássica, homens e mulheres foram classificados a partir de uma hierarquia de calor e de perfeição baseada na *teoria dos humores*. Acreditava-se que um corpo feminino que recebesse mais calor passaria da categoria social feminina para a masculina devido às mudanças provocadas nas estruturas corpóreas. Entretanto, um homem jamais poderia descer na hierarquia, ou seja, tornar-se mulher, visto que a tendência da natureza seria de caminhar sempre em direção à “perfeição” - o masculino. A convenção que dominou a noção de diferença sexual até o século XVIII partia da concepção de um sexo único, em que o corpo feminino era considerado uma versão inferior do corpo masculino, existindo apenas um corpo e dois gêneros. No modelo isomórfico, a diferença entre feminino e masculino se dá em uma escala de “grau de perfeição” em que os órgãos sexuais do corpo feminino são uma versão menos desenvolvida do corpo masculino, ou seja, “as fronteiras entre masculino e feminino é de grau e não de espécie” (LAQUEUR, 2001, p. 41).

Durante milhares de anos acreditou-se que as mulheres tinham a mesma genitália que os homens, só que - como dizia Nemesius, bispo de Emesa, do século IV - “a delas fica dentro do corpo e não fora”. Galeno, que no século II d.C. desenvolveu o mais poderoso e exuberante modelo da identidade estrutural, mas não espacial, dos órgãos reprodutivos do homem e da mulher, demonstrava com detalhes que as mulheres eram essencialmente homens, nos quais uma falta de calor vital - de perfeição - resultara na retenção interna das estruturas que no homem são visíveis na parte externa. [...] Nesse mundo, a vagina é vista como um pênis interno, os lábios como o prepúcio, o útero como o escroto e os ovários como os testículos. (LAQUEUR, 2001, p. 16)

No século XVIII houve uma mudança no significado da diferença sexual. Assim, o modelo de sexo único deu lugar ao dimorfismo sexual. Dentro dessa concepção, os corpos de homens e mulheres tornaram-se “dois sexos estáveis, incomensuráveis e opostos” (LAQUEUR, 2001, p. 18), ou seja, a noção de sexo recebe uma iconografia de diferenciação - opostos - e de complementariedade - que se atraem -. De acordo com Laqueur (2001), a mudança na forma de interpretar o corpo está mais relacionada a um interesse político e epistemológico da época do que a um avanço no conhecimento científico.

O modelo segundo o qual homens e mulheres eram classificados conforme um grau de perfeição metafísica, conforme seu calor vital, ao longo de um eixo cuja causa final era o masculino, deu lugar, no final do século XVIII, a um novo modelo de dimorfismo radical, de divergência biológica. Uma anatomia e uma fisiologia de incomensurabilidade substituíram uma metafísica de hierarquia na representação da mulher em relação ao homem. (BENTO, 2006, p. 117)

Em seu trabalho, o autor demonstra como a invenção da diferença sexual foi motivada pelos interesses de gênero, de modo que “quase tudo o que se queira *dizer* sobre sexo – de qualquer forma que o sexo seja compreendido – já contém em si uma reivindicação sobre o gênero. O sexo, tanto no mundo de sexo único como no de dois sexos, é situacional” (LAQUEUR, 2001, p. 23). De certa forma, ao afirmar que o sexo é situacional, Laqueur dialoga com os estudos de Berenice Bento (2006), a partir dos quais ela aponta que as diferenças anatômicas e fisiológicas dos corpos passaram a ser consideradas para justificar a condição social das mulheres. Não é por acaso que a passagem do isomorfismo para o dimorfismo foi antecedida pela rediscussão do estatuto social da mulher, colocando o conhecimento científico a serviço da visão dominante.

Tornar o sexo algo essencial e imutável perpetua regimes de verdade que, quando não condizem com corpos dissidentes em termos da norma, fazem com que



esses próprios corpos tornem-se desumanizados pela concepção dominante. Segundo Bento (2006), os efeitos dessas verdades interiorizadas são a reprodução de ações relacionadas àquilo que se supõe natural. A existência de sujeitos que agem fora dos limites do modelo dimórfico nos leva a questionar as verdades estabelecidas pelas normas de gênero e o alcance de sua eficácia. Uma das consequências é o aparecimento de identidades de gênero diversas à norma, em que pessoas designadas de um gênero a partir da genitália que possuem poderão se reconhecer (e serem reconhecidas) a partir de outras formas, o que foi nomeado na história como transexualidade ou transgeneridade.

À medida que identidades de gênero e sexualidades divergentes daquelas estabelecidas pelas normas de gênero passaram a ganhar visibilidade, foram sendo construídas explicações patologizantes pelas ciências médicas e psi a fim de reduzir a questão a um sentimento individual e mantê-la dentro das normas de gênero. Decorre das perspectivas psicanalista e biologicista o entendimento a respeito da chamada *disforia de gênero* como experiência unicamente subjetiva e psicológica em que uma pessoa transexual sente uma espécie de transtorno relacionado ao corpo que possui e à sua não correspondência ao gênero imposto. Essa é também uma face da patologização da transexualidade, como se ela necessariamente requisitasse uma inconformidade corporal para pessoas que se identificam como trans.

De acordo com Bento (2006), no século XX foi possível observar o avanço do conhecimento científico relacionado à experiência transexual, em especial no campo da medicina e da psicanálise. O objetivo era apontar “sintomas” a fim de formular um “diagnóstico” para pessoas trans e enquadrá-las dentro de uma suposta “verdade” sobre a transexualidade. Alguns teóricos direcionaram seus estudos para a busca de uma explicação para a origem da transexualidade, bem como para o apontamento de “tratamentos adequados”. As bases teóricas que fundamentam as concepções psicanalista e biologicista estão referenciadas nas teses propostas pelo psicanalista Robert Stoller e pelo endocrinologista Harry Benjamin, respectivamente, os quais inventaram “dois tipos de transexuais”, buscando definir critérios para “diagnosticar o verdadeiro transexual” (BENTO, 2006, p. 133). Os saberes que sustentam as posições psicanalista e biologicista apresentam divergências teóricas importantes, entretanto, ambas investem sobre como a questão da transexualidade

é concebida socialmente e produzida no decorrer da história (BENTO, 2006). Segundo Bento,

Os critérios foram estabelecidos levando em conta características inferidas como compartilhadas por todo/a transexual, o que propiciará dois desdobramentos umbilicalmente ligados: (1) a definição de protocolos e orientações aceitos internacionalmente para o "tratamento" de pessoas transexuais e (2) a universalização do/a transexual. (BENTO, 2006, p. 133)

A perspectiva psicanalista defendida por Stoller (1982 apud BENTO, 2006) argumenta que a origem da transexualidade estaria na relação da pessoa trans com a sua mãe e teria início já na infância. A mãe, devido à inveja que tem dos homens, projetaria seu desejo inconsciente de ser homem no filho, dispensando cuidados excessivos a ele. Sendo assim, a ligação extrema entre mãe e filho e a inexistência da rivalidade com a figura paterna não permitiria que o Complexo de Édipo fosse estabelecido, o que, segundo Stoller, comprometeria a construção da identidade de gênero e sexual da criança (BENTO, 2006). De acordo com Bento (2006, p. 137), "Stoller, inclusive, colocará em dúvida um diagnóstico de transexualidade se o paciente tiver uma mãe diferente daquela que ele caracterizou como a mãe típica do transexual". O psicanalista defende que a família deveria iniciar o tratamento assim que a criança começasse a apresentar comportamentos não correspondentes ao seu gênero.

O contato com crianças que gostavam de usar roupas femininas, de brincadeiras e de brinquedos femininos levou Stoller a elaborar a hipótese de que esses meninos, se não fossem tratados desde a primeira infância por um analista, na idade adulta se apresentariam como transexuais e, provavelmente, reivindicariam a mudança de sexo. (BENTO, 2006, p. 138)

Nas teses de Stoller, o papel do terapeuta consiste em induzir o Complexo de Édipo "para que uma feminilidade ou masculinidade 'normal' possa surgir" (BENTO, 2006, p. 141). Em seus estudos, Stoller relata exemplos de indução que, segundo ele, obtiveram êxito. Alguns indicadores são comportamentos agressivos e hostis em relação às mulheres devido a valorização de uma identidade masculina hegemônica. Na construção da masculinidade, a genitália masculina passa a ser um elemento diferenciador entre o masculino e o feminino, bem como identificador de uma condição de superioridade, estando diretamente atrelada à misoginia e à homofobia (BENTO, 2006).

Enquanto a psicanálise defendia um tratamento baseado na escuta terapêutica, Harry Benjamin (2001 apud BENTO, 2006) acreditava que o único tratamento possível para a transexualidade seria a cirurgia genital. Para ele, “o sexo” é composto pela articulação de vários sexos, são eles: i) cromossômico; ii) gonádico, subdividido em germinal e endocrinológico; iii) fenotípico; iv) psicológico; e v) jurídico, sendo o sexo cromossômico o responsável pela determinação do sexo e do gênero e o germinal pela sexualidade. De acordo com a teoria de Benjamin, o *fenômeno da transexualidade* é caracterizado pelo desacordo entre os níveis constitutivos do sexo.

Os parâmetros estabelecidos por Benjamin para a determinação da transexualidade passaram a ser usados como referência pelos protocolos médicos dos programas do processo transexualizador ao redor do mundo. Para Benjamin, além da determinação biológica dos gêneros, a heterossexualidade “articulava os vários sexos ao ‘sexo’” (BENTO, 2006, p. 149), constituindo-se enquanto a norma estabelecida para a definição do que é “um homem e uma mulher de verdade”. Assim, na concepção biologicista “o verdadeiro transexual” é assexuado e busca a intervenção cirúrgica para exercer a sexualidade atribuída ao gênero com o qual se identifica.

Recuperar essas outras perspectivas teóricas para chegar àquela defendida por este trabalho é essencial para percebermos que, se no interior do Serviço Social o debate sobre sexo e gênero ganha um relevo sociológico óbvio, não é óbvio que seja assim explicado por outras áreas do conhecimento, de modo que estes conceitos estão ainda e permanentemente em disputa. Bento (2006, p. 87) contrapõe-se à análise biológica e psicanalítica clássica tendo como referência os estudos de Judith Butler que sustenta que “a heterossexualidade constitui-se em uma matriz que conferirá sentido às diferenças entre os sexos”. Nesse aspecto, a matriz heterossexual reforça a necessidade de uma estrutura binária para a sua reprodução e designa a expectativa social na qual deve existir coerência entre sexo/gênero/desejo. A constatação do sexo, antes mesmo do nascimento, desencadeia uma série de expectativas e suposições sobre aquela criança, a partir das quais se estrutura o gênero. O gênero é produzido por meio da interpretação das normas sociais em atos, os quais são “renovados, revisados e consolidados no tempo” (BENTO, 2006, p. 87). Ao nascer, há um investimento para que aquela criança desempenhe os papéis de gênero hegemônicos a partir da interiorização de

“enunciados performativos” como “homem não chora!” e “sente-se como uma menina” com o intuito de prepará-la para “a vida referenciada na heterossexualidade” (BENTO, 2006, p. 90).

A heterossexualidade não surge espontaneamente em cada corpo recém-nascido, inscreve-se reiteradamente por meio de operações constantes de repetição e de recitação dos códigos socialmente investidos como naturais. O corpo-sexuado e a suposta ideia da complementaridade natural, que ganha inteligibilidade por intermédio da heterossexualidade, representam uma materialidade saturada de significado, não sendo uma matéria fixa, mas uma contínua e incessante materialização de possibilidades, intencionalmente organizada, condicionada e circunscrita pelas convenções históricas. (BENTO, 2006, p. 88)

De acordo com Ferreira (2018), apesar da necessidade de repetição dos atos que reforçam a construção do que é ser homem/mulher estar inscrita em uma ordem de gênero, a ideia de “imitação do gênero” é frequentemente relacionada, pelo senso comum, como algo próprio e particular à população trans. O desrespeito aos pronomes, aos nomes sociais e às identidades das pessoas trans, bem como o entendimento de que pessoas trans *possuem* uma identidade de gênero, ou *sentem-se pertencentes* a um gênero, enquanto pessoas cis *têm* um gênero são reflexos de uma noção de “gênero fictício”. A partir de seus estudos, Ferreira (2018, p. 57) defende que “o reconhecimento social de um gênero está intimamente relacionado com as condições objetivas de vida da pessoa que busca ter esse gênero reconhecido”, o que nos leva a pensar de que modo se dão os entrelaçamentos entre a “ausência de reconhecimento identitário” e a produção das condições reais e concretas de vida das pessoas trans, especialmente das mulheres transexuais e travestis, na realidade social.

Pensar as condições de vida da população trans não é uma tarefa fácil no Brasil tendo em vista os poucos esforços envolvendo o Governo Federal e os estados e municípios no que diz respeito à produção, sistematização e publicização de dados oficiais. A Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) produz anualmente o levantamento de dados referentes aos assassinatos e às violências contra travestis e transexuais brasileiras com o intuito de combater este cenário de subnotificação e levantar informações relevantes que venham a contribuir com o debate público e a proposição de iniciativas em defesa da vida da população LGBTI+<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> A sigla LGBTI+ aqui utilizada corresponde a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, com o símbolo “+” indicando a existência de outras identidades sexuais e de gênero dissidentes não

No primeiro dossiê, lançado em 2018 (BENEVIDES, 2018), o trabalho sexual aparece como fonte de renda e subsistência para 90% das mulheres transexuais e travestis brasileiras em decorrência da dificuldade de ingressar no mercado formal de trabalho. Ainda, a evasão escolar dificulta o acesso desse contingente populacional às vagas de emprego e reflete a ausência de possibilidades de qualificação profissional. Enquanto apenas 0,02% está na universidade, cerca de 72% não possui o ensino médio completo e 56% o ensino fundamental (BENEVIDES, 2018). De acordo com o monitoramento global da ONG Transgender Europe (TGEU), há 13 anos o Brasil lidera o ranking de países que mais assassina pessoas trans no mundo, registrando pelo menos 140 assassinatos de pessoas trans no ano de 2021, sendo 135 travestis e mulheres transexuais (BENEVIDES, 2022). Segundo dados do relatório da ANTRA, a maior parte das vítimas é jovem, negra, pobre e reivindica-se dentro das mulheridades e/ou feminilidades. Para Ferreira (2018, p. 41), o fato das travestis e das mulheres transexuais brasileiras constituírem um grupo extremamente exposto à morte violenta e prematura, com uma expectativa de vida de 35 anos, “possui íntima relação tanto com a falta de condições econômicas para viver como com a falta de legitimação que suas identidades recebem em relação ao conjunto da sociedade, fazendo elas morrerem precocemente vítimas de assassinatos”.

O Estado brasileiro vem falhando em garantir o bem-estar social das travestis e das mulheres transexuais, estando entre os principais responsáveis pela sua situação de subalternidade. Embora o cissexismo condicione a experiência humana das pessoas trans nos mais diversos aspectos da vida social, os dados apresentados a partir dos relatórios da ANTRA apontam que são as travestis e as mulheres transexuais jovens, negras e pobres a parcela da população trans que necessita maior atenção do poder público, o qual deve direcionar seus esforços para a proposição de políticas voltadas não só para a redução do transfeminicídio, mas também para a proteção e garantia de direitos fundamentais, visto que o combate à violência só se dá a partir do acesso à saúde, à educação, ao emprego e à renda, à segurança e à moradia.

---

nomeadas. Não é a única sigla em uso no Brasil contemporâneo, de modo que ela permanece em disputas políticas e teóricas; entretanto, consideramos que ela dá conta, no momento histórico presente, de expressar as dissidências sexuais e de gênero brasileiras.

Sendo assim, a partir da recuperação histórica das formulações políticas e teóricas que demarcaram os estudos de sexo e gênero e a construção do pensamento feminista, poderemos partir para a análise das normativas elaboradas pelo Governo Federal e pelos conselhos profissionais que regem as políticas de saúde para a população trans no Brasil, procurando refletir sobre a produção dos sujeitos trans nos documentos e as condições de acesso ao direito à saúde pelas mulheres transexuais e travestis.

### **3 O ESTADO BRASILEIRO E A ATENÇÃO À SAÚDE DE MULHERES TRANSEXUAIS E TRAVESTIS: NORMATIVAS VIGENTES E O ACESSO À SAÚDE**

#### **3.1 Das resoluções do Conselho Federal de Medicina às portarias do Ministério da Saúde**

A Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, é considerada um marco no processo de redemocratização do país por garantir liberdades civis e políticas e assegurar direitos fundamentais a todo e qualquer cidadão brasileiro. Apesar de não fazer menção explícita à população LGBTI+, a Constituição Cidadã trouxe avanços significativos em relação à defesa dos direitos humanos e sociais e da dignidade da pessoa humana. Dessa forma, fica assegurado aos diversos segmentos sociais da população brasileira o direito à vida, à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à igualdade e à liberdade (BRASIL, 1988).

Embora ainda não plenamente estruturadas segundo os princípios da universalidade, integralidade e equidade, são as ações na área da saúde as mais consolidadas quando comparadas às de outras áreas no âmbito das políticas públicas direcionadas à população LGBTI+ (MELLO *et. al.*, 2011). Historicamente, o Estado brasileiro intervém nas demandas da população LGBTI+ através de ações pontuais, especialmente focadas no combate às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Foi a partir dos anos 2000 que a população LGBTI+ passou a ser alvo de medidas legislativas e políticas públicas efetivas em nível nacional, ou seja, "formuladas e executadas a partir de diretrizes de alcance nacional, com previsão orçamentária específica, com atribuições e competências definidas e com impactos concretos sobre a vida das pessoas a partir de uma perspectiva integral" (MELLO *et. al.*, 2012, p. 422).

Nesse sentido, com o propósito de reafirmar o compromisso do SUS com seus princípios fundamentais, criou-se em 2011 a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT). A PNSI LGBT é um documento norteador e legitimador das necessidades e especificidades em saúde da população LGBTI+, fruto de articulações e lutas que

se estenderam desde o processo de redemocratização do país e que culminaram em ações com o propósito de superar iniquidades e desigualdades históricas em saúde (BRASIL, 2013).

As questões de saúde da população LGBTI+ ganharam visibilidade na década de 1980, quando o Ministério da Saúde, em parceria com os movimentos sociais, adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids. Entretanto, foi apenas em 2004 que o governo instituiu o primeiro programa federal com o intuito de assegurar políticas e ações contra a discriminação sexual e de gênero e, sobretudo, promover equidade de acesso a ações e serviços públicos de qualidade (BRASIL, 2013). No programa “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual” - foram designadas ações que deveriam ser desenvolvidas no âmbito das políticas públicas com o propósito de ampliar e garantir direitos para a população LGBTI+. O programa propôs, dentre outras ações, que o Ministério da Saúde instituisse um Comitê Técnico de Saúde, cuja atribuição seria a formulação de uma Política Nacional de Saúde para a população LGBTI+ (GUARANHA, 2014).

A constituição do Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT), ainda em 2004, e a conquista da representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), pelo segmento LGBTI+, em 2006, marcaram o início de um amplo processo democrático e participativo de formulação da Política Nacional de Saúde da população LGBTI+. Em 2008, o Ministério da Saúde levou para o debate da I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais os princípios da PNSI LGBT e, posteriormente, a submeteu a uma consulta pública, na intenção de ampliar a legitimidade do processo de participação social (BRASIL, 2013).

Aprovada pelo CNS em 2009 e instituída através da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, a PNSI LGBT é um marco histórico no reconhecimento das demandas desta população e dos efeitos da discriminação no processo de saúde-doença, representando um passo importante na mudança das condições de vida e de saúde às quais a população LGBTI+ está submetida. Suas diretrizes e seus objetivos estão voltados para a redução das desigualdades relacionadas à saúde desses grupos sociais a partir de mudanças na determinação social da saúde (BRASIL, 2013). O reconhecimento da complexidade da situação de saúde da população LGBTI+ exigiu o envolvimento de outras áreas do Ministério da Saúde,



dando à Política um caráter transversal que engloba a produção de conhecimento, a participação social, a prevenção da saúde e a promoção da atenção e do cuidado. Segundo o Ministério da Saúde, "sua formulação contou com participação de diversas lideranças, técnicos e pesquisadores e foi submetida à consulta pública antes de ser apresentada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)" (BRASIL, 2013, p. 6).

A PNSI LGBT aponta para o reconhecimento da situação de subalternidade e vulnerabilidade a que travestis e mulheres transexuais estão submetidas. Em seus objetivos específicos, a PNSI LGBT propõe definir estratégias com o intuito de reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis e os danos à saúde acarretados pelo consumo inadequado e sem acompanhamento profissional de silicone industrial e hormônios e pelo uso excessivo de medicamentos, álcool e outras drogas. Além disso, há objetivos específicos que contemplam outras formas de cuidado da população trans, os quais estão relacionados à garantia do acesso ao processo transexualizador e à prevenção do câncer de próstata. Ainda, o Ministério da Saúde coloca como decorrência da PNSI LGBT a garantia do uso do nome social na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, por entender que "a falta de respeito ao nome escolhido pelas pessoas travestis e transexuais configura-se como uma violência que acontece diariamente nas suas vidas sociais" (BRASIL, 2013, p. 15).

Percebe-se que a PNSI LGBT apresenta objetivos relacionados à prevenção de saúde e a outros aspectos da vida social da população trans. Entretanto, no que diz respeito a esse grupo social, as políticas e os serviços de saúde anteriores à PNSI LGBT sempre foram voltados majoritariamente para o processo transexualizador - em outras palavras, àquilo que sempre foi considerado central nesse processo, a cirurgia genital -. A legalização de procedimentos cirúrgicos como a cirurgia genital foi um processo longo e permeado por discussões sempre amparadas no Código de Ética Médica e no Código Penal, as quais colocavam em pauta a licitude de tais procedimentos, já que, inicialmente, a cirurgia genital era considerada "'mutilação grave' e 'ofensa à integridade corporal'" (ARÁN *et. al.*, 2008, p. 1144). A discussão foi trazida à tona oficialmente em 1979, quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) foi consultado pela primeira vez sobre a colocação de prótese mamária em mulheres transexuais e travestis. As ações da sociedade civil foram intensificadas após o caso da modelo, atriz, cantora e apresentadora trans brasileira Roberta Close, que ganhou destaque na grande mídia na década de 1980

após realizar a cirurgia genital na Inglaterra. Posteriormente, a artista lutou anos na justiça brasileira para retificar seus documentos civis, o que aconteceu somente em 1997, trazendo grande notoriedade à questão da transexualidade.

Nesse mesmo ano, por meio da Resolução nº 1.482/97, o CFM passa a autorizar - a título experimental - a cirurgia genital e procedimentos afins no Brasil, considerando "ser o paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ou auto-extermínio" (CFM, 1997, s.p.). A Resolução foi revogada em 2002, 2010 e em 2019 pela Resolução nº 2.265/2019. Inicialmente, a decisão do CFM autoriza a realização da cirurgia "como tratamento dos casos de transexualismo", cujo propósito seria o de "adequar a genitália ao sexo psíquico" (CFM, 1997, s.p.). A seleção de pacientes para a realização da cirurgia estaria submetida ao acompanhamento e à avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico-psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social, por no mínimo dois anos para confirmação do "diagnóstico médico de transexualismo". Para o CFM, até 2019 a definição de "transexualismo" deveria obedecer aos seguintes critérios:

- desconforto com o sexo anatômico natural;
- desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
- permanência desse *distúrbio* de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
- ausência de *outros* transtornos mentais. (CFM, 1997, s.p., *grifos nossos*).

As Resoluções do CFM, especialmente as de 1997, 2002 e 2010, revelam um olhar biologicista e frequentemente patológico em relação à transgeneridade, concebendo-a como algo disfuncional que precisa ser corrigido. Márcia Arán (2010) chama atenção para a insuficiência de um modelo assistencial baseado na patologização, ressaltando que a centralidade conferida à cirurgia genital na assistência "não acolhe as demandas de modificações corporais e de atenção à saúde das pessoas trans" (ARÁN, 2010, p. 75). A premissa de adequação dos sujeitos trans a uma norma em que a sua identidade - colocada como dimensão psíquica do sujeito - tem que se adequar a um corpo reforça a ideia de que a harmonia entre sexo, gênero e desejo deve ser necessariamente estebelecida. A noção de "transexual verdadeiro" é reiterada pela necessidade do diagnóstico e muitas vezes dita as atitudes e os comportamentos a serem adotados pelas

usuárias dos serviços. De acordo com Arán (2010, p. 85), “quando estas pessoas chegam até os serviços tendem a caricaturar e às vezes exagerar as características que a sociedade considera como femininas e/ou masculinas”. É importante ressaltar que a universalização das experiências das travestis e das mulheres transexuais sempre esteve presente nos parâmetros de interpretação biomédica dos corpos, que tradicionalmente constituem-se por uma concepção binária da diferença entre os sexos.

Os procedimentos previstos nas Resoluções do CFM foram normatizados em 2008 pela Portaria nº 1.707/2008, do Ministério da Saúde, que estabeleceu diretrizes para o processo transexualizador no âmbito do SUS. A partir dessa Portaria, o Ministério da Saúde reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores determinantes e condicionantes da situação de saúde, por expor a população LGBTI+ a agravantes sociais, e considera, ainda, que a questão da transexualidade deve ser abordada dentro da integralidade da atenção à saúde prestada pelo SUS (BRASIL, 2008). Apesar de reconhecer o direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação a todas as usuárias do SUS, até 2013, as travestis eram sequer mencionadas como possíveis usuárias demandantes das ações de saúde previstas na Portaria, a qual norteava-se pelas orientações estabelecidas na Resolução nº 1.652/2002 do CFM.

Em 2013 o processo transexualizador deixou de ser uma ação pontual e passou a integrar uma política de saúde, sendo redefinido e ampliado pela Portaria nº 2.803/2013 que revogou a anterior. Considerando a necessidade de aprimorar a linha de cuidado e ampliar a rede de atenção à saúde da população trans, esta portaria estabelece diretrizes de assistência às usuárias demandantes, garante a realização da hormonização para pessoas maiores de 18 anos e inclui as travestis no público-alvo do processo transexualizador, representando um salto qualitativo no reconhecimento das usuárias com demanda para a realização das ações do processo transexualizador (BRASIL, 2013).

Nesta Portaria o Ministério da Saúde responsabiliza a Rede de Atenção à Saúde (RAS) pela integralidade do cuidado e divide a linha de cuidado da atenção em dois componentes: i) atenção básica; e ii) atenção especializada. Estão entre as atribuições da Atenção Básica a coordenação do cuidado e a atenção contínua das usuárias de maneira humanizada e respeitosa, "além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede" (BRASIL, 2013, s.p.). Já a Atenção Especializada

passa a integrar a rede a partir de pontos de atenção nas modalidades ambulatorial e hospitalar destinadas a promover atenção especializada às usuárias, "apoio e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno" (BRASIL, 2013, s.p.).

Em 2019, uma década depois da última Resolução, o CFM lançou a Resolução 2.265/2019. Nela, o CFM considera a necessidade de atualizar a Resolução anterior especialmente em relação à "oferta de uma linha de cuidado integral e multiprofissional de acolhimento, acompanhamento, assistência hormonal ou cirúrgica e atenção psicossocial" bem como "às ações e condutas realizadas por profissionais médicos nos serviços de saúde, seja na rede pública ou privada" (CFM, 2019, s.p.). Ainda, traz a noção de *afirmação de gênero* para definir "o procedimento terapêutico multidisciplinar para a pessoa que necessita adequar seu corpo à sua identidade de gênero por meio de hormonioterapia e/ou cirurgias" (CFM, 2019, s.p.). A passagem da ideia de mudança de sexo, transgenitalização ou redesignação sexual para a noção de afirmação de gênero expressa, de certa forma, um amadurecimento civilizatório no que diz respeito à questão das transexualidades e das travestilidades, reflexo importante das reivindicações dos movimentos sociais e da luta pela despatologização das transgeneridades no Brasil.

A compreensão de que a pessoa trans é *portadora de desvio psicológico permanente* foi suprimida nesta Resolução, bem como a definição de *transexualismo*. Por outro lado, a transgeneridade aparece como uma *incongruência de gênero*, a qual passou a ser compreendida como "a não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao nascimento" (CFM, 2019, s.p.). Há, ainda, a inclusão das travestilidades e de "outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero" nos escopos do atendimento (CFM, 2019, s.p.). Nesta Resolução o CFM considera mulheres transexuais "aquelas nascidas com o sexo masculino que se identificam como mulher" e travesti "a pessoa que nasceu com um sexo, identifica-se e apresenta-se fenotipicamente no outro gênero, mas aceita sua genitália" (CFM, 2019, s.p.). Sabe-se que a separação entre transexuais e travestis a partir da "aceitação de sua genitália" sempre foi uma afirmação médica, a qual parte de uma atitude prescritiva do sujeito, ou seja, prescreve aquilo que o sujeito é. Além disso, percebe-se aqui que a categoria sexo é concebida como um elemento natural e imutável, enquanto a identidade de gênero é tratada como um elemento que se inscreve no corpo a partir da ação humana, especialmente a partir da

construção subjetiva de uma pessoa sobre sua identidade. É curioso pensar, também, a necessidade de um órgão de classe definir, descrever e diferenciar a população trans em uma resolução que deveria muito mais orientar procedimentos de atendimento em saúde em vez de conceituar populações; parece, isso sim, que segue sendo uma possibilidade de o conhecimento médico engrossar aquelas narrativas tradicionais que orientaram o pensamento social sobre as transgeneridades desde uma perspectiva biologicista, encontrando espaço para isso nos seus documentos oficiais.

A Resolução de 2019 aponta para o reconhecimento das singularidades dos sujeitos assistidos e prevê que todas as suas necessidades e demandas devem ser contempladas, independentemente da idade, conforme indicado no Projeto Terapêutico Singular (PTS). É dito que o PTS será elaborado a partir da discussão coletiva da equipe multiprofissional e interdisciplinar com a pessoa assistida, deslocando a concepção de uma usuária passiva para uma usuária protagonista do processo de acompanhamento em saúde e corresponsável por seu cuidado. No caso de crianças e adolescentes, a assistência deverá ser articulada com os serviços da rede de proteção à criança, considerando a sua importância no desenvolvimento infantil (CFM, 2019). Por fim, percebe-se que não há menção explícita aos profissionais da Psicologia e do Serviço Social para compor a equipe multidisciplinar, o que era previsto na Resolução anterior. Dessa forma, o acesso a outros profissionais da área da saúde deve ser disponibilizado de acordo com o PTS e as normatizações do Ministério da Saúde.

Na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), vigente desde janeiro de 2022, a transexualidade foi retirada do capítulo relacionado a transtornos mentais e realocada para *condições relacionadas à saúde sexual* como *incongruência de gênero*. A passagem da noção de transtorno de identidade de gênero para condição relacionada à saúde sexual/incongruência de gênero é um avanço importante na luta pela despatologização, pois, segundo Bruna Benevides, secretária de articulação política da ANTRA, em entrevista para o site de notícias Brasil de Fato, "de alguma forma a OMS demonstra uma tomada de posição no enfrentamento da transfobia estrutural" (SUDRÉ, 2019, s.p.). Entretanto, para Benevides, o fato da transexualidade ainda constar na CID reforça o controle direto exercido sobre corpos trans.

"Imagine uma pessoa ter que ir, muitas vezes compulsoriamente, a consultas com médico ou psiquiatra. E ele achar que não sou 'mulher suficiente' e dizer que a cirurgia [de redesignação de gênero] não é elegível para mim. Acaba-se com a possibilidade de desenvolver a minha própria existência, a minha identidade de gênero, a minha transexualidade ou a minha travestilidade, de forma livre. É ruim constarmos no CID nesse sentido, porque ainda se ratifica um poder médico sobre nossos corpos" [...]. (SUDRÉ, 2019, s.p.).

Há organizações sociais que temem que a retirada da transexualidade da CID possa significar a perda do atendimento integral pelo SUS, o que inviabilizaria o acesso de uma parcela significativa das travestis e das mulheres transexuais às formas de cuidado previstas nas Resoluções do CFM e nas Portarias do Ministério da Saúde. Nesse sentido, Benevides (SUDRÉ, 2019, s.p.) sugere que a transexualidade passe a constar na categoria "exame geral e investigação de pessoas sem queixa ou diagnóstico" da CID como uma forma de assegurar a integralidade da atenção à saúde da população trans sem a necessidade de diagnóstico pautado pelo saber médico.

A instituição do processo transexualizador pelas Portarias de 2008 e 2013 e a mudança na concepção sobre as transgeneridades na Resolução de 2019 representam avanços significativos na atenção à saúde das mulheres transexuais e travestis e conquistas importantes da luta pela despatologização no Brasil. Entretanto, as normativas ainda reforçam uma série de condutas e concepções normatizadoras a respeito da população trans "que, ao mesmo tempo em que garante direitos, pode também trazer à tona novas formas de exclusão e estigma" (GUARANHA, 2014, p. 100). É notório que nas últimas duas décadas houve um progresso relevante no âmbito das políticas públicas para a população trans, especialmente para as mulheres transexuais e travestis. Contudo, é possível observar que "a afirmação de direitos nessa seara é sempre inconclusa, contraditória e necessita ser reiteradamente reivindicada" (FERREIRA, 2016, p. 170).

### **3.2 Breves considerações sobre a efetivação do direito à saúde e a criação dos Ambulatórios Trans**

Um aspecto importante a ser destacado diz respeito ao modelo de atendimento da população trans no Brasil, o qual afeta diretamente o direito à

identidade de gênero (ALMEIDA, 2010). A política de saúde incorporou ao modelo de atendimento uma interpretação dos corpos baseada no dimorfismo sexual e, conseqüentemente, a suposta coerência entre sexo/gênero/desejo que o modelo dimórfico implica. Tal modelo determina que o suposto "transexual verdadeiro" necessariamente almeja a cirurgia genital, reforçando, assim, a exclusão daqueles sujeitos que não correspondem a essa norma reguladora do corpo. Nesse sentido, o processo transexualizador coloca-se como uma ferramenta de adequação dos sujeitos à norma estabelecida pelo saber médico, o que suscita uma reflexão importante sobre as transexualidades e as travestilidades possíveis dentro do processo transexualizador no SUS.

Além disso, é comum as usuárias dos programas enfrentarem dificuldades relacionadas à insuficiência de recursos humanos, especialmente à deficiência de segmentos profissionais como endocrinologistas, ginecologistas, fonoaudiólogos, nutricionistas, dermatologistas, psicólogos e assistentes sociais, e à aderência dos profissionais à assistência prestada devido à resistência moral que o tema provoca, o que muitas vezes prolonga por anos o processo de cuidado em saúde (ALMEIDA, 2010). Algumas pessoas recorrem à judicialização de suas demandas devido à longa espera pela continuidade na realização dos procedimentos ou mesmo na oferta do hormônio, já que em muitos Estados brasileiros os medicamentos para hormonização das pessoas trans ainda não consta na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), de modo que, apesar de a pessoa eventualmente acessar o atendimento de prescrição, ela precisa comprar na rede privada o medicamento. Assim, a consequência do processo de acompanhamento em saúde em um prazo sustentável limita-se a uma pequena parcela das usuárias, ou seja, apenas àquelas que dispõem de informação e recursos materiais para acionar a Justiça. Segundo Almeida,

Para os usuários, resta o prolongamento muitas vezes por anos a fio do processo transexualizador, com todo o ônus social disso resultante. A saúde geralmente segue tratada de forma parcial e fragmentada. Para os profissionais, fica um processo de trabalho marcado pela tensão do enfrentamento diário de uma demanda crescente sob precárias condições de realizá-lo. (ALMEIDA, 2010, p. 126)

Segundo Guaranha (2014), no Brasil, as desigualdades no acesso à saúde são condicionadas por diferentes determinações sociais. As experiências das travestis e das mulheres transexuais nos serviços de saúde costumam ser

atravessadas por situações discriminatórias produzidas pela articulação das interseccionalidades de sexo, gênero, raça, etnia, classe, sexualidade, geração, religião, território, entre outras. Mesmo com todo aparato normativo, a efetivação dos princípios fundamentais do SUS no cotidiano dos serviços de saúde encontra obstáculos nos estigmas que incidem sobre a população trans, especialmente sobre as mulheres transexuais e travestis. Ainda que a Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde tenha representado um avanço na garantia do atendimento "livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde de anomalia, patologia ou deficiência" (BRASIL, 2017, s.p.), o que se observa, nas palavras de Guaranha (2014, p. 25), "é uma realidade na qual o acesso ocorre de forma desigual, o cuidado é fragmentado e parcial e as ações não contemplam as diversidades das formas de existência."

Guaranha (2014) aponta que o desconhecimento das necessidades em saúde da população trans prejudica a efetivação do direito à saúde e evidencia os desafios a serem enfrentados no âmbito do SUS. Ao buscarem atendimento nos serviços de saúde, a população trans depara-se com uma série de dificuldades, as quais são experienciadas de maneiras específicas pelas mulheres transexuais e travestis. De acordo com a autora, é comum que a população trans apresente resistência em procurar os serviços de saúde devido às situações de discriminação, constrangimento, violência institucional e desrespeito ao uso do nome social, bem como às condutas inadequadas de profissionais pouco qualificados no que diz respeito às questões das transexualidades e das travestilidades (GUARANHA, 2014).

Quando falamos em acesso desigual aos serviços de saúde, estamos tratando do conteúdo político e das conotações de injustiça social e de desrespeito aos direitos humanos contidos nessa desigualdade, fatos que põem em evidência as características sociais que colocam alguns grupos em situação de desvantagem, inclusive com relação às oportunidades de serem e de se manterem sadios. (GUARANHA, 2014, p. 53)

Os atendimentos realizados no âmbito do SUS geralmente são marcados por situações e condutas que acentuam de maneira significativa as iniquidades em saúde. O acesso à saúde é restrito ora pelos profissionais de saúde que recorrentemente negam atendimento para as travestis e para as mulheres transexuais, pois alegam desconhecer as práticas a serem adotadas no



acompanhamento em saúde desse grupo social, ora pelas próprias usuárias que muitas vezes, com receio de experienciar situações discriminatórias e constrangedoras, optam por não procurar os serviços de saúde, ou o fazem quando não há outra alternativa. Em seus estudos, Guaranha (2014) aponta que há diversos relatos de mulheres transexuais e travestis que vieram a falecer em decorrência de hepatites virais e do HIV, pois não estavam sendo acompanhadas pelos serviços de saúde.

No caso da travesti que faleceu sem estar vinculada a nenhum serviço de saúde, seria fácil dizer: “ela preferiu morrer assim” ou “ela não estava bem da cabeça mesmo”. No entanto, se considerarmos somente a dimensão da usuária, responsabilizando-a individualmente pelo fracasso de seu tratamento, estamos desconsiderando as evidentes hierarquias de poder colocadas nessa situação. Por que aquela travesti não quis retomar seu tratamento? É por que estava deprimida? Talvez. Mas não só: ela não queria ser internada em uma unidade masculina, pois isso para ela representava o não reconhecimento de sua identidade de gênero. Provavelmente para o hospital isso era uma questão “menor”, afinal de contas ela estava morrendo. Para ela, no entanto, isso era crucial para a realização de um tratamento a contento. (GUARANHA, 2014, p. 60)

Em uma das produções audiovisuais do Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde (PMA) disponível no canal da Fiocruz no YouTube, Diana Conrado (FIOCRUZ, 2020b), ativista do Grupo TransRevolução, acredita que o acompanhamento em saúde mental da população trans, se realizado de maneira adequada pelos serviços de saúde, contribui na busca por saúde e na adesão ao processo de cuidado em saúde. Para Michelle Ramos (FIOCRUZ, 2020a), psiquiatra do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI-FIOCRUZ), dentre os desafios do acompanhamento em saúde mental da população trans está a tentativa de proporcionar um ambiente acolhedor e não normatizador com o intuito de romper com o duplo estigma que incide de maneira específica sobre mulheres transexuais e travestis relacionado ao gênero e ao sofrimento mental desse grupo social.

Procurando enfrentar as barreiras de acesso e discriminação que marcam a assistência em saúde à população trans, os movimentos sociais em conjunto com o CNS vêm atuando no território nacional com o intuito de fomentar pesquisas e estudos sobre questões específicas relacionadas às transexualidades e às travestilidades. Segundo especialistas (CNS, 2021), há uma demanda latente de um mapeamento sociodemográfico que traga informações relacionadas à identidade de gênero e sexualidade com o objetivo de identificar as necessidades em saúde da

população brasileira e direcionar a formulação de políticas públicas específicas. O trabalho seria desenvolvido através da criação de uma Câmara Técnica no CNS, espaço cujo objetivo é o de "apoiar e fortalecer o trabalho das comissões e do CNS" (CNS, 2021, s.p.). As sugestões foram apresentadas por especialistas no Webnário Transcomunicação em Rede promovido pelo CNS em 2021. O evento discutiu a importância da participação social na construção de políticas de saúde e a necessidade de articular uma rede de ambulatorios trans no Brasil a fim de garantir o atendimento seguro, gratuito e de qualidade para a população trans (CNS, 2021).

De acordo com os estudos de Lucena *et. al.* (2022), o cenário nacional de assistência em saúde da população trans no âmbito do SUS é composto, majoritariamente, por serviços concentrados em grandes centros urbanos da região sul do país. Os levantamentos realizados indicam que a grande maioria constitui a rede de Atenção Especializada e segue um modelo de assistência fragmentada em especialidades médicas com foco especialmente no processo transexualizador, apresentando pouca interação com os demais serviços do SUS (LUCENA *et. al.*, 2022). Nesse sentido, Lucena *et. al.* (2022, p. 10) apontam que a Atenção Primária à Saúde (APS) é um cenário estratégico na garantia de acesso à saúde universal, integral e equânime, rompendo com a lógica "normativa vigente de patologização e consequente entendimento focal da transexualidade". É possível observar que as ações no âmbito da APS ampliam as possibilidades de cuidado para além daquelas relacionadas ao processo transexualizador e caminham no sentido contrário ao modelo biomédico que prevalece nos serviços de saúde da Atenção Especializada (LUCENA *et. al.*, 2022).

A criação dos Ambulatórios Trans no Brasil é um grande avanço para a garantia da integralidade do cuidado em saúde no âmbito do SUS. Em Porto Alegre, o serviço da APS vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é fruto das reivindicações dos movimentos sociais e está em funcionamento desde agosto de 2019 no Centro de Saúde Modelo. O Ambulatório T opera na perspectiva de promover um atendimento não discriminatório, integral e humanizado à população trans residente na capital, disponibilizando consultas, exames, hormonização, grupos de convivência, acolhimento e demais encaminhamentos (LUCENA *et. al.*, 2022). Em 2022, a troca de endereço para o Centro de Saúde Santa Marta possibilitou a incorporação de novos profissionais e a ampliação do espaço físico e da oferta de serviços e de horários de atendimento. O acompanhamento que

inicialmente era realizado em dois dias da semana, passou a ser ofertado de segunda a sexta-feira, totalizando 30 horas semanais. A equipe multiprofissional composta por médicos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e psicólogos, conta, ainda, com o suporte de nutricionista e farmacêutico (CONTE, 2022a). Nesse mesmo ano, a população trans de Porto Alegre passou a ter acesso a uma nova unidade do Ambulatório T, localizada na Restinga, bairro da região sul da capital, o que representou a ampliação do acesso à saúde para aquelas que residem em áreas mais afastadas da região central (CONTE, 2022c).

Nos meses de maio, junho e julho de 2022, foram realizados cerca de 704 atendimentos pelo serviço (CONTE, 2022b). Gabriela Tizianel, assessora de Saúde Integral LGBTQI+ da SMS e coordenadora do Ambulatório T, em entrevista para o portal Humanista (ALVES, 2022), relata que as necessidades em saúde mental constituem uma das principais demandas das usuárias do serviço. Segundo Gabriela, as pessoas atendidas geralmente são pessoas jovens e saudáveis fisicamente. Entretanto, há uma prevalência significativa de ansiedade e depressão entre as usuárias, além de históricos de internação psiquiátrica e violência familiar desde muito cedo. Ainda segundo a coordenadora, 87% das usuárias procuram o Ambulatório T demandando o processo de hormonização (ALVES, 2022). Até julho de 2022 o serviço podia oferecer apenas o atendimento de prescrição e o acompanhamento através de exames de rotina visto que os hormônios deveriam ser adquiridos por conta própria. Entretanto, no segundo semestre deste ano, as usuárias do serviço passaram a receber os medicamentos gratuitamente pelo SUS graças à aprovação de uma emenda parlamentar que destinou cerca de R\$ 500 mil para a compra de estrogênio e testosterona (OLIVEIRA, 2022). Apesar do feito precisar ser celebrado, o financiamento oriundo de verba descentralizada não tem garantia de continuidade, o que demonstra uma fragilidade da política pública para as pessoas trans da capital.

Os Ambulatórios Trans têm funcionado enquanto alternativas possíveis para um acompanhamento seguro e de qualidade dentro de um cenário em que os princípios fundamentais do SUS ainda estão longe de serem efetivados, especialmente no que diz respeito à população trans. Entretanto, é visível que as condições de acesso aos serviços refletem de maneira significativa as desigualdades estruturantes da sociedade brasileira. A análise quantitativa do perfil sociodemográfico das pessoas atendidas pelo Ambulatório T de Porto Alegre

realizada por Thomazi (2020 apud LUCENA *et. al.*, 2022) aponta que a população que menos acessou o serviço nos seis primeiros meses de funcionamento foram travestis negras com baixa escolaridade.

Considerando os limites das políticas vigentes, recorrer à perspectiva interseccional para pensar as desigualdades que permeiam o acesso à saúde pode nos auxiliar a compreender as razões pelas quais determinados grupos sociais reivindicam atenção específica às suas demandas (GONÇALVES; MELLO, 2010). De acordo com Gonçalves e Mello (2010), tais reivindicações políticas são apresentadas como possibilidades de enfrentamento das exclusões decorrentes de um caráter universalista das políticas públicas que, quando implementadas de maneira isolada, desconsideram as diversidades implícitas na própria universalidade. Ainda que a PNSI LGBT e os demais documentos oficiais façam menções explícitas à diversas categorias sociais, como gênero, raça, etnia, classe, religião, território, entre outras, estas não são apreendidas de maneira articulada, visto que as ações raramente são destinadas ao combate, de maneira simultânea, às diversas formas de discriminação e exclusão social (GONÇALVES; MELLO, 2010). Gonçalves e Mello (2010) argumentam que, no cotidiano dos serviços de saúde, os sujeitos continuam sendo pensados universalmente, o que acaba assegurando privilégios aos grupos dominantes.

Quando pensamos em direito à saúde das mulheres transexuais e travestis, aspectos individuais devem ser levados em consideração para que as suas necessidades sejam atendidas da maneira mais adequada possível e livre de qualquer situação discriminatória. Em um país como o Brasil, a promoção da equidade é fundamental para a garantia do acesso à saúde, visto que, apesar da saúde estar assegurada na Constituição Federal como um direito de todas, sabe-se que nem sempre esse direito é garantido a todas de maneira justa. O princípio de equidade confere ao acompanhamento em saúde a premissa de que o atendimento deve se dar a partir do reconhecimento das características e necessidades específicas das usuárias. Isso porque a defesa de uma suposta igualdade no atendimento, muitas vezes, pode favorecer a desigualdade.

Celia Almeida (2000 apud GUARANHA, 2014, p. 23) afirma que o conceito de equidade envolve duas dimensões. A primeira dimensão está relacionada às desigualdades nas condições de vida e de saúde, ou seja, "à distribuição desigual dos riscos de adoecimento e sofrimento ao longo das diferentes camadas da

população", incidindo sobre o processo saúde-doença interseccionalidades de sexo, gênero, raça, etnia, sexualidade, classe, geração, religião, território, entre outras. A segunda dimensão diz respeito às desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde, "considerando fatores como a quantidade e a distribuição geográfica/localização dos serviços e a distribuição do perfil social da população que utiliza os mesmos".

De acordo com Guaranha (2014), a articulação dos fatores presentes nas dimensões expostas por Celia Almeida (2000, apud GUARANHA, 2014) exerce grande influência nas condições de acesso à saúde, resultando em desigualdades, as quais são experienciadas de maneiras específicas pelas travestis e pelas mulheres transexuais, que evidenciam o quão distante está a saúde pública dos princípios enunciados na formulação do SUS. Dessa forma, é fundamental que o Estado brasileiro reconheça a necessidade de considerar as especificidades das populações que fogem da lógica universal de sujeitos de direitos e de construir políticas que contribuam para a desestabilização das hierarquias sociais historicamente colocadas na sociabilidade capitalista, atuando, assim, na promoção da cidadania e da autonomia dos diferentes grupos sociais.

#### 4 O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE DE MULHERES TRANSEXUAIS E TRAVESTIS

O momento histórico que vivemos tem sido marcado pelo avanço da extrema-direita e pela retomada de um conservadorismo moral e político que incide diretamente nas questões de sexo, gênero e sexualidade (FERREIRA, 2016). De acordo com Almeida (2020, p. 721), as diversas manifestações conservadoras "impõem limites para nós, assistentes sociais, na tarefa imprescindível de análise e de posicionamento crítico diante das relações sociais". É importante ponderar que o atual contexto político-econômico e social brasileiro é parte de um contexto mais amplo de crise capitalista e estratégias de manutenção da hegemonia do capital financeiro, bem como constitui-se enquanto expressão concreta da formação sócio-histórica latino-americana que se deu com base em um sistema colonial e escravagista (ALMEIDA, 2020). Segundo Iamamoto,

As desigualdades que presidem o processo de desenvolvimento do País têm sido uma de suas particularidades históricas. O "moderno" se constrói por meio do "arcaico", recriando elementos de nossa herança histórica colonial e patrimonialista, ao atualizar marcas persistentes e, ao mesmo tempo, transformá-las, no contexto de mundialização do capital sob hegemonia financeira. (IAMAMOTO, 2010, p. 128)

O conservadorismo é um elemento fundamental na conservação da sociabilidade capitalista e não é apenas um fenômeno contemporâneo, mas antigo, inclusive em períodos de ascensão da esquerda, não constituindo em si, portanto, um elemento novo (ALMEIDA, 2020). Ferreira (2016) aponta que apesar do conservadorismo ser parte constituinte das ideologias de direita e extrema-direita, nas últimas duas décadas, a lenta e tardia consolidação da agenda de diversidade sexual e de gênero parece indicar que de certa forma as bandeiras de luta dos movimentos sociais, especialmente dos movimentos negros, feministas e LGBTI+, têm sido relegadas também pelos governos progressistas "sob a justificativa da governabilidade, quando na verdade o que se acompanha é uma direitização no governo federal brasileiro" (FERREIRA, 2016, p. 169).

Berenice Bento (2014, p. 166) sugere que as "elites que estão majoritariamente nas esferas de representação política no Brasil", encontram na concessão precária de cidadania uma forma de garantir "que os excluídos sejam incluídos para continuarem a ser excluídos". Segundo a autora, a inclusão "pela

metade" expressa uma relação entre Estado e populações excluídas que, segundo ela, é típica da cultura política nacional. Nesse sentido, Bento (2014) apresenta o conceito de cidadania precária para discutir a dupla negação que alguns corpos carregam consigo: a negação da condição humana e a negação da condição de cidadão.

Essa dupla negação está historicamente assentada nos corpos das mulheres, dos/as negros/as, das lésbicas, dos gays e das pessoas trans (travestis, transexuais e transgêneros). Para adentrar a categoria de humano e de cidadão/cidadã, cada um desses corpos teve que se construir como "corpo político". No entanto, o reconhecimento político, econômico e social foi (e continua sendo) lento e descontínuo. (BENTO, 2014, p. 167)

Para Marx (SANTOS, 2016), o Estado é um instrumento de dominação de classe que defende os interesses da classe dominante, ou seja, da burguesia. Entretanto, cria-se a ideia de que o Estado é uma entidade que coloca os interesses gerais da sociedade acima dos interesses particulares, portanto, faz-se uso da cidadania, a qual tem no Estado o seu "fiador", a fim de provocar a sensação de universalidade entre sujeitos pertencentes a uma comunidade política que compartilham de direitos e deveres comuns. Sabendo que a relação entre Estado e sociedade civil condiciona os limites entre emancipação política e emancipação humana, é possível pensarmos a cidadania como um dos componentes da emancipação política, sendo a luta por direitos uma mediação estratégica para o alcance da emancipação humana, patamar civilizatório em que encontramos a verdadeira liberdade.

De acordo com Chauí (1995a, apud IAMAMOTO, 2010, p. 141), a constituição da cidadania no Brasil não se deu como em outros países. A formação política da sociedade brasileira é baseada em "relações de favor e dependência", e não no "reconhecimento da igualdade jurídica dos cidadãos", que, quando aliada ao processo de modernização do grande capital, resulta "em um encolhimento dos espaços públicos e um alargamento dos espaços privados, em que a classe dominante faz do Estado o seu instrumento econômico privado por excelência", o que, segundo Iamamoto (2010, p. 142) "tem amplas repercussões na luta por direitos e no trabalho cotidiano dos assistentes sociais".

Diante de um cenário de crise profunda do capital, o projeto adotado pelos governos de esquerda aparece como a forma mais adequada de recuperação do sistema econômico para a atual fase de acumulação capitalista, restringindo as

responsabilidades sociais do Estado, redistribuindo o fundo público para os interesses privados e agravando as expressões da questão social. Para Iamamoto,

Com a “modernização conservadora”, verifica-se uma aliança do grande capital financeiro, nacional e internacional, com o Estado nacional, que passa a conviver com os interesses oligárquicos e patrimoniais, que também se expressam nas políticas e diretrizes governamentais, imprimindo um ritmo lento à modernização capitalista da sociedade. As desigualdades agravam-se e diversificam-se, expressas nas lutas operárias, nas reivindicações do movimento negro, nas lutas pela terra, pela liberdade sindical e pelo direito de greve, nas reivindicações em torno dos direitos à saúde, à habitação, à educação, entre outros, assim como contra a degradação ambiental. Moderniza-se a economia e o aparelho de Estado, mas as conquistas sociais e políticas - ainda que registradas no último texto constitucional - permanecem defasadas, expressando o desencontro entre economia e sociedade, que se encontra na raiz da “prosperidade dos negócios”. (IAMAMOTO, 2010, p. 140)

As medidas adotadas pela política neoliberal têm incidido diretamente nas condições de vida e de saúde das pessoas trans, especialmente das mulheres transexuais e travestis. Nesse sentido, são muitos os desafios à consolidação das políticas de saúde para a população trans segundo os princípios fundamentais do SUS, cabendo ao Serviço Social adotar uma postura crítica diante dessa realidade de subfinanciamento e privatização da saúde pública, visto que a luta pela efetivação das ações e dos serviços de saúde para a população trans não se dá descolada do enfrentamento aos desmontes das políticas sociais.

Desde a primeira Resolução que dispõe sobre os cuidados em saúde destinados à população trans, é reconhecida a importância do Serviço Social na composição da equipe multiprofissional do processo transexualizador. Entretanto, é comum que no cotidiano dos serviços de saúde haja um entendimento de que compete ao Serviço Social apenas o cuidado com a família e o esforço de trazê-la para o centro do acompanhamento de maneira compulsória, imprimindo um caráter prescritivo ao trabalho dos assistentes sociais. É certo que se a família está em relação com a pessoa trans numa perspectiva de cuidado, a sua participação é fundamental, considerando o papel importante que pode exercer no processo de acompanhamento em saúde. Entretanto, é preciso ter em vista que para algumas pessoas trans a família não cumpre esse papel, considerando que, segundo a ANTRA (2018), em média, as travestis e as mulheres transexuais são expulsas de casa aos 13 anos, o que, muitas vezes, acarreta a quebra de laços e vínculos familiares. Tal conduta é oriunda de uma perspectiva familista presente no contexto



das políticas sociais brasileiras que reforça a lógica de desresponsabilização do Estado pelo provimento da proteção social e concentra a responsabilidade de provisão do bem-estar na unidade familiar (CAMPOS; CARLOTO; MIOTO, 2015).

O Serviço Social, enquanto profissão de caráter interventivo e investigativo que encontra nas manifestações da questão social seu objeto de trabalho, depara-se cotidianamente com inúmeros desdobramentos das expressões da questão social na vida dos sujeitos. Nesse sentido, os assistentes sociais inseridos no contexto das políticas de saúde para a população trans, em conjunto com os demais segmentos profissionais, devem atuar na perspectiva da garantia de direitos, identificando de que forma as determinações de sexo, gênero, raça, etnia, classe, sexualidade, geração, religião, território, entre outras, incidem nas condições de vida e de saúde das travestis e das mulheres transexuais.

Em 2018 o CFESS publicou a Resolução nº 845/2018 que subsidia a atuação dos assistentes sociais nas equipes multiprofissionais do processo transexualizador no SUS. A normativa aponta para ações voltadas para a despatologização das transexualidades e das travestilidades, para a ampliação do acesso à cidadania e para o fortalecimento da liberdade das pessoas trans sobre seus corpos e, sobretudo, sobre suas vidas.

Até 2018, as ações da equipe multiprofissional eram orientadas pela Resolução nº 1.955/2010 e pela Portaria de 2.803/2013, considerando que até então o CFM e o Ministério da Saúde eram os únicos órgãos que dispunham sobre o trabalho interdisciplinar no processo transexualizador. A elaboração de uma normativa própria para o exercício profissional dos assistentes sociais reforça a importância de uma atuação crítica referenciada nos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do/a Assistente Social e nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, conforme previsto no artigo terceiro da Resolução.

Art. 3º As(Os) assistentes sociais, ao realizarem o atendimento, deverão utilizar de seus referenciais teórico-metodológicos e ético-políticos, com base no Código de Ética da/o Assistente Social, rejeitando qualquer avaliação ou modelo patologizado ou corretivo da diversidade de expressão e identidade de gênero. (CFESS, 2018, s.p.)

Além disso, nesta Resolução o CFESS recusa a concepção de um cuidado focalizado nos procedimentos cirúrgicos e hormonais, reconhecendo que, tão importante quanto o acesso à cirurgia genital e à hormonização são as demandas

que envolvem a garantia de direitos sociais e que implicam a intersetorialidade da política de saúde com as demais políticas. A atuação deve ocorrer no sentido de sanar as necessidades advindas das expressões da questão social experienciadas pela população trans de maneira integral acionando as redes socioassistenciais com vistas à garantia de direitos sociais.

Art. 4º A atuação da(o) assistente social deve se pautar pela integralidade da atenção à saúde e considerar as diversas necessidades das(os) usuárias(os) e o atendimento a seus direitos tendo em vista que esse acompanhamento não deve ser focalizado nos procedimentos hormonais ou cirúrgicos. (CFESS, 2018, s.p.)

Nessa perspectiva, o Serviço Social torna-se um segmento profissional estratégico na construção de possibilidades de superação das condições de vida e de saúde que dificultam e muitas vezes impedem o acesso das travestis e das mulheres transexuais às políticas de saúde. Considerando que o reconhecimento da liberdade como um valor ético central implica a defesa da “autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (CFESS, 1993, p. 23), não é objetivo do Serviço Social definir o que significa ser transexual ou travesti, mas sim pensar sobre as estruturas de dominação que empurram as travestis e as mulheres transexuais para uma situação de subalternidade no contexto brasileiro e auxiliar na elaboração de estratégias de resistência para superá-las.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988 em seu Art. 196 reconhece a saúde como direito fundamental que deve ser garantido pelo Estado para todo e qualquer cidadão “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, 1988, s.p.). No entanto, ainda são muitos os desafios para a garantia do acesso universal e igualitário à saúde para segmentos populacionais que fogem da lógica universal de sujeitos de direitos no Brasil, entre eles as travestis e as mulheres transexuais.

Nesse sentido, este trabalho se propôs a esboçar algumas reflexões críticas sobre como o Estado brasileiro tem promovido atenção à saúde de mulheres transexuais e travestis baseado na análise das normativas que orientam as políticas de saúde para a população trans. Para isso, partiu-se de uma perspectiva interseccional em que as inserções de sexo, gênero, raça, etnia, classe, sexualidade, geração, religião, território, entre outras, são determinantes para o processo saúde-doença e devem ser percebidas de maneira indissociada, não havendo hierarquias entre si.

O resgate histórico das formulações políticas e teóricas que demarcaram os estudos de sexo e gênero e a construção do pensamento feminista foi de extrema relevância para as reflexões que foram apresentadas posteriormente uma vez que as normativas, sobretudo aquelas elaboradas pelas instituições médicas, carregam perspectivas construídas historicamente a partir de uma interpretação biomédica dos corpos ancorada em um ideário cissexista que encontra na sociedade brasileira terreno propício para a sua reprodução.

Em vista disso, percebe-se que desde que a questão das transexualidades e das travestilidades ganhou visibilidade no contexto nacional, o Estado brasileiro e as instituições médicas vêm reunindo tímidos esforços para a elaboração de políticas de saúde para a população trans, numa tentativa de reconhecer os inúmeros desafios na garantia e no acesso ao direito à saúde enfrentados por esse grupo social. Nas últimas duas décadas, o CFM foi o órgão prioritário na publicação de normativas que dispunham sobre o cuidado específico à população trans, as quais, inclusive, orientaram a construção das Portarias publicadas pelo Ministério da

Saúde referentes ao processo transexualizador no âmbito do SUS e à Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT).

Embora o Estado brasileiro tenha avançado nesse aspecto, a instituição das políticas de saúde não necessariamente representou uma mudança significativa nas condições de vida e de saúde das travestis e das mulheres transexuais dado que os achados deste estudo sugerem que o acesso à saúde pela população trans ainda é permeado por situações discriminatórias que a mantém afastada das ações e dos serviços do SUS. Inicialmente, a análise documental evidenciou que os documentos apontam para uma concepção normatizadora dos sujeitos trans percebida pela busca de uma suposta “verdade” sobre as transexualidades e as travestilidades. É notório que a universalização das experiências trans está diretamente atrelada a uma noção patologizante das transexualidades e das travestilidades difundida especialmente pelas ciências médicas e psi.

A partir da análise documental, também foi possível verificar que a prioridade às ações em saúde no âmbito da Atenção Especializada e a centralidade conferida aos procedimentos cirúrgicos compromete a efetivação das políticas de saúde para a população trans segundo os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. É importante evidenciar que a garantia de melhores condições de vida e de saúde pressupõe a articulação entre os diferentes setores das políticas públicas, buscando superar a fragmentação das políticas e atuar numa perspectiva intersetorial.

Dessa forma, o trabalho dos assistentes sociais é fundamental para a promoção de um cuidado plenamente integral, considerando que cabe ao Serviço Social identificar as necessidades advindas das expressões da questão social experienciadas pelas travestis e pelas mulheres transexuais e atendê-las da maneira mais adequada possível e livre de qualquer conduta discriminatória, conforme preconizado no Código de Ética Profissional do/a Assistente Social. A publicação da Resolução nº 845/2018 pelo Conjunto CFESS/CRESS representou o compromisso da categoria com a luta pela despatologização das transexualidades e das travestilidades e com a defesa e o fortalecimento da autonomia dos sujeitos trans sobre suas vidas. Nesse sentido, a produção de conhecimento em Serviço Social contribui para disputar uma perspectiva das transexualidades e das travestilidades e do cuidado em saúde que difira do modelo médico-centrado.

Assim sendo, acredita-se que o presente estudo possa contribuir para a elaboração de estratégias de resistência diante dos processos responsáveis pela situação de subalternidade que a população trans, sobretudo as mulheres transexuais e as travestis, se encontram, potencializando o exercício profissional em defesa do SUS, dos direitos da população trans e de uma sociabilidade verdadeiramente emancipada.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. S. Notas sobre a complexidade do neoconservadorismo e seu impacto nas políticas sociais. *Revista Katálysis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 720-731, 2020.
- ALMEIDA, G. S. Reflexões iniciais sobre o processo transexualizador no SUS a partir de uma experiência de atendimento. In: ARILHA, M; LAPA, T. S; PISANESCHI, T. C. (org.). *Transexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.
- ALVES, F. L; MIOTO, R. C. T. O familismo nos serviços de saúde: expressões em trajetórias assistenciais. *Argumentum*, Espírito Santo, v. 7, n. 2, p. 208-220, 2015.
- ALVES, M. Ambulatório T garante atendimento seguro e gratuito para pessoas trans. 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/humanista/2022/03/24/ambulatorio-t-garante-atendimento-seguro-e-gratuito-para-pessoas-trans/>. Acesso em: 12 dez. 2022.
- ARÁN *et. al.* Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 14. n. 4, p. 1141-1149, 2009.
- ARÁN, M. A saúde como prática de si: do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redefinições da experiência da transexualidade. In: ARILHA, M; LAPA, T. S; PISANESCHI, T. C. (org.). *Transexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.
- BENEDETTI, M. R. *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BENEVIDES, B. G. (org.). *DOSSIÊ ASSASSINATOS E VIOLÊNCIAS CONTRA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS BRASILEIRAS EM 2021*. Brasília: Distrito Drag, ANTRA, 2022.
- BENEVIDES, B. G. (org.). *MAPA DOS ASSASSINATOS DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NO BRASIL EM 2017*. Brasília: DF, 2018.
- BENTO, B. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- \_\_\_\_\_. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. *Revista Contemporânea*, v. 4, n. 1, p. 165-182, 2014.
- \_\_\_\_\_. *Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos*. Salvador: EDUFBA, 2017. 329 p.

BUTLER, J. Merely Cultural. *Social Text*, Durham, vol. 15, n. 3-4, p. 265-277, 1997.

BILGE, S; COLLINS, P. H. Interseccionalidade. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2020.

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

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n. 553, de 9 de agosto de 2017. Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde. Brasília: DF, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Especialistas sugerem ao CNS criação de Câmara Técnica para unir Ambulatórios Trans no Brasil. 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2112-especialistas-sugerem-ao-cns-criacao-de-camara-tecnica-para-unir-ambulatorios-trans-no-brasil>. Acesso em: 12 dez. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed., 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Transexualidade e Travestilidade na Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.707, de 18 de agosto de 2008. (Revogada pela PRT GM/MS n. 2803 de 19.11.2013).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DF, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília: DF, 2011.

CARNEIRO, S. Gênero e raça na sociedade brasileira. In: CARNEIRO, S. Escritos de uma vida. 1 ed. São Paulo: Pólen Livros, 2019a.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. In: CARNEIRO, S. Escritos de uma vida. 1 ed. São Paulo: Pólen Livros, 2019b.

COLLINS, P. H. Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

CFM. Resolução CFM n. 2.265/2019, de 9 de janeiro de 2020. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM n. 1.955/2010. Brasília: DF, 2020.

\_\_\_\_\_. Resolução CFM n. 1.955/2010, de 3 de setembro de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM n. 1.652/2002. Brasília: DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Resolução CFM n. 1.652/2002, de 2 de dezembro de 2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM n. 1.482/97. Brasília: DF, 2002.

CFESS. CFESS publica resolução sobre o trabalho de assistentes sociais no processo transexualizador. 2018. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1454>. Acesso em: 12 dez. 2022.

CFESS. Código de Ética Profissional do/a Assistente Social. Lei 8.662, de 7 de junho de 1993. Brasília: CFESS, 2012.

\_\_\_\_\_. NOTA DE APOIO À RESOLUÇÃO CFM Nº 2.265/2019, QUE “DISPÕE SOBRE O CUIDADO ESPECÍFICO À PESSOA COM INCONGRUÊNCIA DE GÊNERO OU TRANSGÊNERO E REVOGA A RESOLUÇÃO CFM Nº 1.955/2010”. Brasília: DF, 2020.

\_\_\_\_\_. Resolução CFESS n. 845, de 26 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a atuação profissional do/a assistente social em relação ao processo transexualizador. Brasília: DF, 2018.

\_\_\_\_\_. Seminário Nacional de Serviço Social e Diversidade Trans: exercício profissional, orientação sexual e identidade de gênero em debate. Brasília: CFESS, 2020.

CONTE, V. Ambulatório Trans ampliará atendimento em novo endereço a partir desta quarta-feira. 2022a. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/ambulatorio-trans-ampliara-atendimento-em-novo-endereco-partir-desta-quarta-feira>. Acesso em: 12 dez. 2022.

\_\_\_\_\_. Ambulatório Trans do Centro de Saúde Modelo faz 704 atendimentos em três meses. 2022b. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/ambulatorio-trans-do-centro-de-saude-modelo-faz-704-atendimentos-em-tres-meses>. Acesso em: 12 dez. 2022.

\_\_\_\_\_. Novo ambulatório trans começa a atender na Restinga. 2022c. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/novo-ambulatorio-trans-comeca-atender-na-restinga>. Acesso em: 12 dez. 2022.



ENGELS, F. A origem da família, da propriedade privada e do estado. [s.l.]: Lebooks, 2019.

FAUSTO-STERLING, A. Dualismos em duelo. In: FAUSTO-STERLING, Anne. *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. Nova Iorque: Basic Books, 2000. p. 9-79.

FERREIRA, G. G. A classe nos une e a sexualidade nos divide? A noção de sujeito no marxismo e nos movimentos queer. *Revista Brasileira de Estudos da Homocultura*, [s.l.], v. 3, n. 10, p. 150-169, 2020.

\_\_\_\_\_. Conservadorismo, fortalecimento da extrema-direita e a agenda da diversidade sexual e de gênero no Brasil contemporâneo. *Lutas Sociais*, São Paulo, vol. 20 n. 36, p.166-178, 2016.

\_\_\_\_\_. DONAS DE RUA, VIDAS LIXADAS: INTERSECCIONALIDADES E MARCADORES SOCIAIS NAS EXPERIÊNCIAS DE TRAVESTIS COM O CRIME E O CASTIGO. 2018. 224 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, Porto Alegre, 2018.

FIOCRUZ. Saúde da População Negra – Pessoas Trans, onde estão? [s.l.]: PMA, 2020a. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-18CCrGMk9E>. Acesso em: 12 dez. 2022.

FIOCRUZ. População Trans - Saúde Mental. [s.l.]: PMA, 2020b. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=wZVemjOUThM>. Acesso em: 12 dez. 2022.

GONZALEZ, L. Por um feminismo afro-latino-americano. In: GONZALEZ, L. Por um feminismo afro-latino-americano: Ensaios, Intervenções e Diálogos. 1 ed. Rio Janeiro: Zahar, 2020a.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: GONZALEZ, L. Por um Feminismo Afro-Latino-Americano: Ensaios, Intervenções e Diálogos. 1 ed. Rio Janeiro: Zahar, 2020b.

GUARANHA, C. O Desafio da Equidade e da Integralidade: Travestilidades e Transexualidades no Sistema Único de Saúde. 2014. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Instituto de Psicologia - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre, 2014.

IAMAMOTO, M. V. Serviço Social em tempos de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

JESUS, J. G. Gênero sem essencialismo: feminismo transgênero como crítica do sexo. *Universitas Humanística*, Bogotá, 78, p. 241-258, 2014.

JESUS, J. G; ALVES, H. Feminismo transgênero e movimentos de mulheres transexuais. *Revista Cronos*, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 8-19, 2012.

KAAS, H. Introdução ao transfeminismo. Blog Transfeminismo. 2012. Disponível em: <https://transfeminismo.com/introducao-ao-transfeminismo/>. Acesso em: 12 dez. 2022.

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

LUCENA *et. al.* Serviços de atendimento integral à saúde de transexuais e travestis no Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [s.l.], v. 17, n. 44, p. 2964, 2022.

MARTINELLI, M. L. (org.). Pesquisa qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 2003.

MARX, K. O capital: crítica da economia política: livro 1. 33 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

MELLO, L; GONÇALVES, E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Revista Cronos*, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 163-173, 2012.

MELLO *et. al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, 2011.

MELLO *et. al.* Políticas públicas para a população LGBT no Brasil; notas sobre alcances e possibilidades. *Cadernos Pagu*, [s.l.], n. 39. p. 403-429, 2012.

MORAES, R. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NASCIMENTO, L. Transfeminismo. 1 ed. São Paulo: Editora Jandaíra, 2021.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 8, n. 2, 2000.

OLIVEIRA, S. Com emenda de Luciana Genro, Ambulatório Trans de Porto Alegre começa a oferecer hormônios gratuitos. 2022. Disponível em: <https://ww4.al.rs.gov.br/noticia/329139>. Acesso em: 12 dez. 2022.

PEDRA, C. B. Cidadania trans: o acesso à cidadania por travestis e transexuais no Brasil. 1 ed. Curitiba: Appris, 2020.

PISCITELLI, A. Gênero: a história de um conceito. In: ALMEIDA, H. B; SZWAKO, J. (org.). Diferenças, igualdade. São Paulo: Berlendis, 2009. p. 116-149.

PISCITELLI, A. Re-criando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, L. M. (org.). PISCITELLI, A; GOLDANI, A. M. A prática feminista e o conceito de gênero. [s.l.], n. 48, p. 7-42, 2002.

ROCON *et. al.* Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 1-18, 2020.

ROCON *et. al.* Questões para o trabalho profissional do Assistente Social no processo transexualizador. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 523-533, 2018.

RUBIN, G. O tráfico de mulheres: notas sobre a “economia política” do sexo. In: RUBIN, G. Políticas do sexo. 1 ed. São Paulo: Ubu Editora, 2017.

SANTOS, P. R. F. “Cidadania Crítica” ou “Crítica da Cidadania”? : um debate a partir das categorias de emancipação política e emancipação humana nos escritos do “Jovem Marx”. *Emancipação*, Ponta Grossa, v. 16, n. 1, p. 9-22, 2016.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: HOLLANDA, H. B. (org.). Pensamento Feminista: conceitos fundamentais. 1 ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

SILVA *et al.* O que é Equidade? 2021. Disponível em: <https://www.politize.com.br/equidade/blogpost/o-que-e-equidade/>. Acesso em: 12 dez. 2022.

SUDRÉ, L. Transexualidade deixa de ser considerada doença, mas ainda é patologizada. Brasil de Fato. 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/06/03/transexualidade-deixa-de-ser-considera-da-doenca-mas-ainda-e-patologizada>. Acesso em: 12 dez. 2022.