

Desirée Monteiro Cordeiro

Transtorno de identidade sexual em adultos e justiça: laudo psicológico para mudança de prenome

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria
Orientador: Prof. Dr. Sérgio Paulo Rigonatti

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo
2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Cordeiro, Desirêe Monteiro

Transtorno de identidade sexual em adultos e justiça : laudo psicológico para
mudança de prenome / Desirêe Monteiro Cordeiro. -- São Paulo, 2012.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.

Orientador: Sérgio Paulo Rigonatti.

Descritores: 1. Transexualismo 2. Transtornos sexuais e da identidade sexual
3. Identidade de gênero 4. Prova pericial 5. Procedimento de readequação sexual
6. Psicologia 7. Psiquiatria legal 8. Bioética 9. Legislação e jurisprudência

USP/FM/DBD-232/12

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptadas do *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviatura dos títulos dos periódicos: de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

*As palavras só têm sentido se nos ajudam a ver o mundo melhor.
Aprendemos palavras para melhorar os olhos.
Há muitas pessoas de visão perfeita que nada vêem...
O ato de ver não é coisa natural.
Precisa ser aprendido!*

Rubem Alves

Dedico esta dissertação a meus pacientes,
“meninas” e “meninos” que me ensinaram – e
sempre me ensinam – a “ver, perceber e sentir”.

Muito obrigada pela oportunidade de crescer e
descobrir que o preconceito é inerente ao
homem, mas sua tradução/percepção é subjetiva.

AGRADECIMENTOS

*Não haverá borboletas se a vida não passar
por longas e silenciosas transformações.*

Rubem Alves

A meu orientador, o Prof. Dr. Paulo Sérgio Rigonatti, por acreditar em minhas ideias, nem sempre mensuráveis.

Ao Instituto de Psiquiatria (IPQ-HCFMUSP) e ao Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), pela possibilidade de pesquisar, executar e produzir cientificamente minhas ideias.

À CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado DS (Programa de Demanda Social), e ao PROEX (Programa de Excelência Acadêmica).

Às secretarias da pós-graduação do IPQ-HCFMUSP, Elisa Sumie Sogabe Fukushima e Isabel Ataíde, pelos ombros, puxões de orelha, conselhos etc. Sem vocês, teria sido muito mais difícil.

A Lacy Soares, secretária do Departamento de Psiquiatria da FMUSP, que sempre me ajudou em minhas solicitações, mesmo as de última hora.

A Rosely Aparecida Pereira Antônio, secretária do Serviço de Psicoterapia do IPQ-HCFMUSP, por sempre, sempre me mostrar o que é gostar do que se faz.

Ao matemático Bernardo dos Santos, pelo suporte estatístico.

À Confraria de Textos, na pessoa de Helena Meindani, pela revisão do texto e formatação gráfica.

Aos hospitais credenciados do SUS: HC-FMUSP, por intermédio da Prof.^a Dr.^a Berenice Bilharinho de Mendonça e da Prof.^a Dr.^a Elaine Frade Costa; HC-UFRGS, por intermédio da Prof.^a Dr.^a Maria Inês Lobato; HCGO, por intermédio da Prof.^a Dr.^a Mariluzza Terra; e HUPE/UERJ, por intermédio do Prof. Dr. Eloisio Alexsandro da Silva.

À Prof.^a Dr.^a Mariluzza Terra, em especial, por todo seu carinho e por me ensinar, através de seu olhar integral ao paciente transexual, uma forma carinhosa e dedicada de trabalhar.

Ao Prof. Dr. Eloisio Alexsandro da Silva, por me ensinar que dedicação e perseverança podem nos levar além do esperado; e à psicóloga Regina Maria Vieira, por sua generosidade e disponibilidade.

Ao Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto, por seu olhar agregador e delicado; e ao Prof. Dr. Táki Athanásios Cordás, pelo olhar objetivo e necessário. Vocês foram fundamentais no exame de qualificação; para a construção/reconstrução deste trabalho.

Ao AMTIGOS (Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual) e seus colaboradores e amigos, por reconhecerem minha trajetória e respeitarem minha ausência na produção final da

dissertação (Alexandre Saadeh, Carla Caldeirone, Daniel Augusto G. Mori, Daniel Rothemberg, Liliana Lopes, Liliane Caetano, Luciane Gonzalles, Marina Paranhos, Maya Foigel, Natalie Maia, Renata Faustino e Saulo Ciasca).

À minha família, Denise, Carlos Alberto, Caio Alexandre, tia Dayse, tio Xan, Déia e Luana, que sempre me incentivou e sem a qual não teria sido possível nem pensar em começar ou dar continuidade a nada. Em especial, a minha mãe e a meu irmão, que sempre estão ali para o que der e vier.

A Eduardo de Castro Humes, são muitos papéis, muitos caminhos e finalmente nos “encontramos”. E a vida segue nosso rumo...

Às minhas amigas/irmãs, Marina Paranhos, irmã mais velha, sempre por perto, e disposta a puxar minha orelha quando necessário, e Luciana Soman Moraes, irmã mais nova, sempre torcendo e vibrando com minhas descobertas. Vocês foram fundamentais para este trabalho ter dado certo, assim como são fundamentais em minha vida. Sem vocês, me faltaria o ar.

Ao amigo Emilio Figueiredo Neto, que esteve presente em meu início profissional e sempre incentivou minha trajetória, em diversos papéis.

A Ênio Paranhos e Adriana, pela acolhida em Goiânia e na vida.

Ao querido Antônio Carlos Diniz, pelos sábados roubados e pelas conversas leves nos momentos difíceis.

Aos meus amigos Rodrigo, Kátia, Dani (afilhado lindo), Lolly, Paty, Tatau, Lígia e Castiglia, que sempre compreenderam minha ausência em muitos momentos.

Em especial, ao amado Alexandre Saadeh, professor, mestre, amigo, irmão. “Para alcançar as estrelas não vai ser fácil/ Mas se eu te pedir/ Você me ensina como descobrir/ Qual é o melhor caminho./ Foi com você que eu aprendi/ A repartir tesouros/ Foi com você que eu aprendi/ A respeitar os outros”. Trecho da música “Ao mestre com carinho”. Sem você, este caminho não teria sido possível. Amo você, querido!

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas		
Lista de tabelas		
Lista de gráficos		
Resumo		
Summary		
1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	5
	2.1 Geral	5
	2.2 Específicos	5
3	TRANSTORNO DE IDENTIDADE SEXUAL	7
	3.1 Definição de transtorno de identidade sexual – transexualismo	7
	3.4.1 Perspectivas futuras quanto ao diagnóstico	12
	3.2 Transtorno de identidade sexual: aspectos relevantes e atuais	14
	3.3 A psicologia e o transtorno de identidade sexual	17
	3.4 A medicina e o transtorno de identidade de sexual	30
	3.4.1 Etiologia	31
	3.4.2 Epidemiologia	33
	3.4.3 Diagnóstico clínico diferencial	39
	3.4.4 Tratamento	43
	3.4.4.1 Psicoterapia	43
	3.4.4.2 Hormonioterapia	46
	3.4.4.3 Cirurgia de redesignação sexual.....	49
	3.5 Legislação para transtorno de identidade sexual	52
4	PSICOLOGIA FORENSE	61
	4.1 Definição.....	61

4.2	Elaboração de documentos	61
5	ASPECTOS BIOÉTICOS	66
5.1	Definição	66
5.2	Aspectos bioéticos e jurídicos nas questões do transexualismo	67
6	METODOLOGIA	70
6.1	Método de análise e instrumentos de coleta	71
6.2	Justificativa	72
6.3	Viabilidade da pesquisa	73
6.4	Casuística	74
6.5	Critérios de inclusão	74
6.6	Critérios de exclusão	75
7	RESULTADOS	76
8	DISCUSSÃO	84
9	CONCLUSÃO	94
10	ANEXOS	98
10.1	Anexo I – Termo de consentimento livre e esclarecido	98
10.2	Anexo II – Procuração	103
11	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI	ação direta de inconstitucionalidade
AMTIGOS	Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual
APA	American Psychiatric Association (Associação Americana de Psiquiatria)
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID 10	Classificação Internacional de Doenças 10ª edição
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DOU	Diário Oficial da União
DSM IV	Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, quarta edição
DSM IV-TR	Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, quarta edição revisada
EUA	Estados Unidos da América
FTM	Female to male (mulher para homem)
HBIGDA	Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCGO	Hospital das Clínicas de Goiás
HCPR	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HCUFRGS	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HUPE-UERJ	Hospital Universitário Pedro Ernesto - Universidade Estadual do Rio de Janeiro
IME	Instituto de Matemática e Estatística
IML	Instituto Médico Legal

[continua]

IPQ	Instituto de Psiquiatria
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MTF	male to female (homem para mulher)
NUFOR	Núcleo de Psicologia e Psiquiatria Forense
OMS	Organização Mundial de Saúde
PGR	Procuradoria Geral da República
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
SAS	Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos
SECAD	Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão
SIAPE	Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
TIG	transtorno de identidade de gênero
TIS	transexualismo ou transtorno de identidade sexual
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFRGS	Universidade Federal Rio Grande do Sul
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura)
WPATH	World Professional Association for Transgender Health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Diagnóstico apresentado na CID 10	8
Tabela 2 – Diagnóstico apresentado no DSM IV-TR	10
Tabela 3 – Proposta de revisão do diagnóstico de disforia de gênero pelo DSM V	12
Tabela 4 – Prevalência estimada de transtorno de identidade sexual em várias pesquisas	36
Tabela 5 – Relação de proporção entre os sexos	37
Tabela 6 – Legislação para transexuais	58
Tabela 7 – Média de idade no momento da publicação da sentença	77
Tabela 8 – Contingência do sexo biológico por hospital de referência	78
Tabela 9 – Sexo biológico por sentença deferida	79
Tabela 10 – Contingência do <i>status</i> da sentença por hospital de referência	80
Tabela 11 – Contingência do hospital de referencia por cirurgia	80
Tabela 12 – Contingência de sentença deferida por cirurgia realizada	81
Tabela 13 – Contingência de laudo psicológico por hospital de referência	83

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por hospital de referência em processo transexualizador	76
Gráfico 2 – Sexo biológico dos transexuais	77
Gráfico 3 – <i>Status</i> do processo para mudança de prenome pós-sentença	78
Gráfico 4 – Cirurgias de redesignação sexual realizadas	81
Gráfico 5 – Laudo psicológico citado pelo juiz na sentença do processo para mudança de prenome	82

Cordeiro DM. *Transtorno de identidade sexual em adultos e justiça: laudo psicológico para mudança de prenome* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012.

Transexualismo é definido como o desejo de viver e ser aceito como pertencente ao sexo oposto. É usualmente acompanhado por sentimento de desconforto – ou inadequação – em relação ao sexo anatômico, associado a desejo de se transformar cirúrgica e hormonalmente para tornar o corpo o mais congruente possível com o sexo pretendido. Com essa alteração, surge ainda a necessidade de adequação jurídica da pessoa física por meio de processo cível para mudança do nome e do sexo jurídicos, adequando-se, assim, o *status* civil/social. O objetivo deste trabalho foi observar como os laudos psicológicos poderiam ou não colaborar nas decisões judiciais, de acordo com a análise de sentenças judiciais para mudança de prenome em transexuais masculinos e femininos, submetidos ou não a cirurgia de transgenitalização. Realizamos levantamento por amostragem, que inicialmente caracterizou as variáveis sociais e demográficas dessa população e, posteriormente, sistematizamos os dados encontrados. A população estudada, que pleiteia a mudança do registro civil, foi mapeada a partir de dados de sentenças e processos para mudança de prenome, traçando-se um perfil nacional segundo os critérios definidos pelo SUS. Buscamos a amostra nos quatro centros credenciados para o processo transexualizador (Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008). Encontramos 55 sujeitos que entraram com processo de mudança de prenome e/ou prenome e sexo, matriculados/acompanhados nos referidos hospitais. Observamos uma proporção de de 9:2 entre homem para mulher (MTF) e mulher para homem (FTM), semelhante ao que se relata na literatura internacional (4:1). Quanto às sentenças, apenas 5,50% (três) dos processos foram indeferidos, correspondentes a sujeitos do sexo biológico masculino que ainda não haviam sido submetidos à cirurgia. Observamos uma associação entre cirurgia e deferimento da mudança de prenome ($p = 0,001$). Em apenas 10,90% (seis) sentenças analisadas, havia menção ao laudo psicológico, que, portanto, foi omitido nas demais, 82,10% (49). Quando presentes, os laudos não foram elaborados por profissionais dos centros credenciados para o processo transexualizador, descaracterizando-se como objetos deste estudo. Os resultados sugerem que os laudos psicológicos não influem na decisão judicial nos processos de mudança de prenome entre pacientes transexuais e que a realização prévia da cirurgia de readequação sexual está associada a um maior índice de êxito no pleito dos pacientes.

Descritores: Transexualismo, Transtornos sexuais e da identidade sexual; Identidade de gênero; Prova pericial; Procedimento de readequação sexual; Cirurgia de readequação sexual; Psicologia; Psiquiatria; Psiquiatria legal; Bioética; Legislação e jurisprudência.

Cordeiro DM. Transsexualism and justice: the impact of the psychological appraisal on forename change litigation [Dissertation]. Sao Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012.

Transsexualism is defined as a desire to live and be accepted as a member of the opposite sex, usually accompanied by a sense of discomfort (or inappropriateness) with one's anatomic sex, and a wish to have surgical and hormonal treatment to make one's body as congruent as possible with one's preferred sex. This change triggers the need for legal adjustment of the individual through civil proceedings for change the legal name and sex/gender. This study's objective was to observe whether psychological appraisals may or may not influence the judicial decision, by the analysis of the judges' sentences for the change of forename in transsexual men and women, whether or not they underwent reassignment surgery. We performed a sample study where we initially characterized the social and demographic variables of this population, and then we systematized the data found. The population studied, who presented a plea to change their forename at the civil register, was mapped from data of trial sentences. From this data we present a national profile of patients according to criteria for the "processo transexualizador", the treatment as laid down by the Brazilian National Health Care System. We sought our sample at the four centers licensed for the "processo transexualizador" (Ordinance 457 of the Brazilian Health Care Ministry, dated August 19, 2008). We have found 55 subjects which entered pleas for changes of forename and / or pleas for changes of forename and sex. This subjects should be registered patients or be monitored at these hospitals. We found a proportion of 9:2 male to female (MTF) and female to male (FTM) patients, this finding is similar to reports from the international literature (4:1). When we analyzed for outcome of the judgments, we found that 5.50% (three) cases were rejected. This three cases belonged to biological male gender and had not yet been submitted to surgery. We observed a association between surgery and plea for first name's change ($p = 0.001$). Only 10.90% (six) of the sentences analyzed mentioned the psychological appraisal, which was omitted in 82.10% (49) of the sentences. We also found that when the psychological appraisals were present they were not issued by professionals working at licensed centers, therefore these did not meet the criteria for the study. Our findings suggest that the psychological appraisals do not affect the judicial decision over the pleas for forename changes among transsexual patients and the prior execution of the reassignment surgery is associated to a higher success rate in the patients' litigations.

Descriptors: Transsexualism, Sexual and Gender Disorders; Gender Identity; Expert testimony; Sex reassignment procedures; Sex Reassignment Surgery; Psychology; Psychiatry; Forensic Psychiatry; Bioethics; Legislation & jurisprudence

1 INTRODUÇÃO

A ampla variedade de comportamentos sexuais extrapola a rígida distinção entre macho/fêmea e a função reprodutiva, ampliando os conceitos de sexualidade e gênero e ultrapassando a definição especificamente biológico-reprodutiva; na realidade, observam-se inúmeras possibilidades quanto ao gênero e à expressão de desejo sexual (Roughgarden, 2005).

Por definição, o transexualismo rompe a dicotomia masculino/feminino, e sua caracterização é clinicamente fundamentada num intenso sentimento de não pertencimento ao sexo anatômico, sem acarretar distúrbios delirantes e sem causas orgânicas identificadas. É definido como o desejo de viver e ser aceito como pertencente ao sexo oposto e usualmente acompanhado de um sentimento de desconforto – ou inadequação – em relação ao sexo anatômico do transexual, ou um desejo de se transformar cirúrgica e hormonalmente para tornar o corpo o mais congruente possível com o sexo preferido (OMS, 2008).

Adotamos neste trabalho as expressões *transtorno de identidade sexual* e *transexualismo*, de acordo com o referencial teórico sobre transexualismo da Classificação Internacional de Doenças (CID) 10, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Até o presente momento, a CID 10 é a referência adotada para a elaboração dos laudos médico-cirúrgicos e para a alteração do registro civil no Brasil.

Além disso, a OMS também define saúde como um estado físico, mental e social, sendo a declaração de saúde direito de todos os seres

humanos, independentemente de crença religiosa, posição política, posição socioeconómica ou raça (OMS, 1946). Logo, o direito do transexual a tratamento é garantido pelos direitos básicos à saúde e à aceitação social.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 1.482/1997, que autorizava hospitais universitários públicos ligados à pesquisa a realizar cirurgia de transexualização, viabilizando centros de atendimento, pesquisa e acompanhamento da população interessada, que até então se encontrava na marginalidade médica e social (CFM, 1997).

A Resolução nº 1.652/2002 reformulou a de 1997, ampliando o artigo já disposto sobre o atendimento e os critérios para a cirurgia. Destacou que as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para feminino poderiam ser praticadas em qualquer hospital público ou privado, independentemente da atividade de pesquisa, e que as cirurgias para adequação do fenótipo feminino para masculino só poderiam ser praticadas em hospitais universitários públicos ligados à pesquisa (CFM, 2002).

A Resolução nº 1.955, de agosto de 2010, reformulou a de 2002, autorizando ambas as cirurgias – adequação do fenótipo masculino para feminino e do feminino para masculino – em qualquer hospital público ou privado, independentemente da atividade de pesquisa, desde que este disponha de uma equipe multidisciplinar responsável pelo tratamento integral. Apenas a cirurgia de neofaloplastia não foi incluída, permanecendo restrita a hospitais de pesquisa (CFM, 2010).

Quanto ao atendimento médico público, em 2008, foi sancionada pelo ministério da Saúde a Portaria nº 457, referente ao processo transexualizador, que regulamenta procedimentos para a realização da cirurgia pelo Sistema Único de Saúde (SUS), definindo como devem ser e quais serão as Unidade de Atenção Especializada autorizadas a conduzir o processo (SAS, 2008).

O processo transexualizador do SUS abrange diversas etapas, desde as pré-cirúrgicas até a própria cirurgia, mas nenhuma pós-cirúrgica, determinando a falta de continuidade, que incluiria acompanhamento médico ambulatorial específico, além de orientação, por parte da assistência social, para o encaminhamento jurídico da alteração de prenome e de sexo.

No caso do nome civil, sua não retificação para a nova condição do transexual causa constrangimento público, devido à exposição de sua condição física e intimidade, e, até aqui, nenhuma lei específica autoriza essa mudança.

Em função dessas questões, buscamos avaliar individualmente cada sentença jurídica para mudança de prenome e sexo dos transexuais.

Assim, é hipótese deste estudo verificar se o laudo psicológico é relevante ou não na decisão judicial para alteração de registro civil de indivíduos com diagnóstico de transexualismo.

Numa revisão sistemática da literatura nos sistemas de busca da saúde, Scielo, Bireme e PubMed, não encontramos estudos que abordassem os descritores simultaneamente: Transtorno de Identidade de

Gênero –TIG; Transexualismo; Transtorno de Identidade Sexual –TIS; laudo psicológico; e mudança de prenome (Quadro 1).

Quadro 1 – Metabusca – bases de saúde (fev. 2012)

termos buscados	bases de busca		
	<i>Scielo</i>	<i>Bireme</i>	<i>PubMed</i>
transexualismo ou transtorno de identidade sexual (TIS)	13	32	10
transtorno de identidade de gênero (TIG)	11	10	253
laudo psicológico	97	110	110
mudança de prenome	0	0	0
transexual (TIG, TIS) + laudo psicológico	0	0	0
TIG, TIS + mudança de prenome	0	0	0
TIG, TIS + mudança de prenome + laudo psicológico	0	0	0

Apesar dos dados escassos, observamos que, no Brasil, a questão do transexualismo é cada vez mais frequente na mídia, na justiça, nos conselhos profissionais e no cotidiano em geral, a ponto de se justificarem reflexões, investigações e explicações no campo das ciências humanas, sociais e biológicas.

A dissertação se estrutura segundo os seguintes capítulos: objetivos detalhados, ampla revisão bibliográfica para identificar questões históricas e atuais sobre o tema, método utilizado, resultados encontrados e discussão. Por fim, as conclusões e algumas propostas e possibilidades de estudos correlatos.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a importância dos laudos psicológicos, nas sentenças judiciais para mudança de prenome em transexuais masculinos ou femininos, expedidos por hospitais regulamentados para o processo transexualizador do SUS.

Caracterizar variáveis sociais e demográficas da população estudada por meio de levantamento estatístico por amostragem.

Avaliar como os centros de referência confeccionam os laudos, solicitados pelos transexuais para alteração de prenome e sexo, buscando com isso complementar o estudo e compreender alguns vieses da perspectiva dos agentes envolvidos no fenômeno.

2.2 Específicos

- Verificar a eventual utilização de métodos quantitativos (testes psicológicos) e/ou qualitativos (diagnósticos clínicos) de avaliação para a elaboração dos laudos psicológicos contidos nas sentenças e identificar esses métodos.
- Verificar a importância do laudo ou do parecer psicológico na sentença e no resultado do processo judicial (deferido ou indeferido).

- Cruzar as variáveis encontradas em cada laudo ou parecer, isoladamente e em conjunto, para identificar as que concorrem para um parecer favorável ou desfavorável.
- Quantificar e sistematizar os dados de identificação do requerente do laudo: idade, sexo biológico/sexo social, etapa do tratamento para mudança de sexo e hospital de referência.

3 TRANSTORNO DE IDENTIDADE SEXUAL

3.1 Definição de transtorno de identidade sexual: transexualismo

Transexuais sofrem por pertencer a determinado gênero biológico e social – designado pela anatomia – e desejar de forma persistente se transformar e readequar anatomicamente para pertencer ao outro gênero biológico.

Existem duas classificações para o diagnóstico de transtorno de identidade sexual: a CID-10 (OMS, 2003) e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, quarta edição (DSM-IV) (APA, 1994), e sua revisão DSM-IV-TR (APA, 2000).

Segundo a CID-10 (OMS, 2003), o transexualismo caracteriza-se por um sentimento intenso de não pertencimento ao sexo anatômico, sem por isso manifestar distúrbios delirantes e sem causas orgânicas identificadas. É definido como o desejo de viver e ser aceito como pertencente ao sexo oposto, usualmente acompanhado de um sentimento de desconforto ou inadequação de seu sexo anatômico e um desejo de se transformar cirúrgica e hormonalmente para tornar o corpo o mais congruente possível com o sexo preferido.

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000), que não usa o termo “transexualismo” para diagnosticar o transtorno da identidade de gênero, são necessários dois componentes para fazer o diagnóstico. Deve haver evidências de forte e persistente identificação com o gênero oposto, que consiste no desejo de ser ou na insistência do indivíduo de que ele é do

sexo oposto, e essa identificação com o gênero oposto não deve refletir um mero desejo de usufruir de quaisquer vantagens culturais percebidas no outro sexo. Também deve haver evidências de um desconforto persistente com o próprio sexo anatômico ou uma sensação de inadequação do papel desse gênero.

A CID-10 (OMS, 2003, p. 210-211) classifica os transtornos de identidade sexual (F64) entre os transtornos de personalidade e comportamento em adultos (F64.0-F64.9), mas mantendo-os como uma categoria à parte.

Tabela 1 – Diagnóstico apresentado na CID-10

DIAGNÓSTICO TRANSTORNO DE IDENTIDADE SEXUAL CID-10	
<p>F64.0 Transexualismo</p>	<p>Desejo de viver e ser aceito como pessoa do sexo oposto. Acompanhado em geral de um sentimento de mal-estar ou de inadaptação por referência a seu próprio sexo anatômico e do desejo de submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado.</p> <hr/> <p>Diretrizes diagnósticas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ a identidade transexual deve ter estado persistentemente por pelo menos dois anos; ▪ não deve ser um sintoma de um outro transtorno mental, tal como esquizofrenia, nem ter associação a qualquer outra anormalidade intersexual, genética ou do cromossomo sexual.
<p>F64.1 Travestismo bivalente</p>	<p>Este termo designa o fato de usar vestimentas do sexo oposto durante uma parte de sua existência, de modo a satisfazer a experiência temporária de pertencer ao sexo oposto, mas sem desejo de alteração sexual mais permanente ou de uma transformação cirúrgica; a mudança de vestimenta não se acompanha de excitação sexual. Transtorno de identidade sexual no adulto ou adolescente, tipo não transexual</p>
Exclui	<p>travestismo fetichista (F65.1) [continua]</p>

DIAGNÓSTICO TRANSTORNO DE IDENTIDADE SEXUAL CID-10

[continuação]

F64.2 Transtorno de identidade sexual na infância	<p>Transtorno que primeiro se manifesta no início da infância (e sempre bem antes da puberdade), caracterizado por um persistente e intenso sofrimento com relação a pertencer a um dado sexo, junto com o desejo de ser (ou a insistência de que se é) do outro sexo.</p> <p>Há uma preocupação persistente com a roupa e as atividades do sexo oposto e repúdio do próprio sexo. O diagnóstico requer uma profunda perturbação de identidade sexual normal; não é suficiente que uma menina seja levada ou traquinas ou que o menino tenha uma atitude afeminada. Os transtornos da identidade sexual nos indivíduos púberes ou pré-púberes não devem ser classificados aqui mas sob a rubrica F66.</p>
Exclui	<p>orientação sexual egodistônica (F66.1) transtorno da maturação sexual (F66.0)</p>
F66 Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação	<p>F66.0 Transtorno da maturação sexual F66.1 Orientação sexual egodistônica F66.2 Transtorno do relacionamento sexual F66.8 Outros transtornos do desenvolvimento psicosexual F66.9 Transtorno do desenvolvimento sexual, não especificado</p>
F64.8 Outros transtornos da identidade sexual	
F64.9 Transtorno não especificado da identidade sexual	Transtorno do papel sexual SOE

FONTE: OMS, 2003.

O DSM-IV (APA, 1994) e sua revisão, o DSM-IV-TR (APA, 2000), classificam o quadro de forma semelhante, mas com diferenças marcantes em relação à CID-10.

Tabela 2 – Diagnóstico apresentado no DSM IV-TR

DIAGNÓSTICO TRANSTORNO DE IDENTIDADE DE GÊNERO DSM IV-TR	
302.6 Transtorno da Identidade de Gênero em Crianças	
302.85 Transtorno da Identidade de Gênero em Adolescentes ou Adultos	<p>Especificar se há (para indivíduos sexualmente maduros):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ atração sexual por homens ▪ atração Sexual por mulheres ▪ atração Sexual por ambos os sexos ▪ ausência de atração sexual por quaisquer dos sexos
Critérios diagnósticos para transtorno da identidade de gênero	
<p>1. Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto (não meramente um desejo de obter quaisquer vantagens culturais percebidas pelo fato de ser do sexo oposto). Em crianças, a perturbação se manifesta por quatro (ou mais) dos seguintes quesitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ declarou repetidamente o desejo de ser, ou insistência de que é, do sexo oposto; <ul style="list-style-type: none"> ○ em meninos, preferência pelo uso de roupas do gênero oposto ou simulação de trajes femininos; ○ em meninas, insistência em usar apenas roupas estereotipadamente masculinas; ▪ preferências intensas e persistentes por papéis do sexo oposto em brincadeiras de faz de conta, ou fantasias persistentes acerca de ser do sexo oposto; ▪ intenso desejo de participar de jogos e passatempos estereotípicos do sexo oposto; ▪ forte preferência por companheiros do sexo oposto; <p>Em adolescentes e adultos, o distúrbio se manifesta por sintomas tais como desejo declarado de ser do sexo oposto, passar-se frequentemente por alguém do sexo oposto, desejo de viver ou ser tratado como alguém do sexo oposto, ou a convicção de ter os sentimentos e as reações típicos do sexo oposto.</p>	
<p>2. Desconforto persistente com seu sexo ou sentimento de inadequação no papel de gênero desse sexo. Em crianças, a perturbação manifesta-se por quaisquer das seguintes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ em meninos, a afirmação de que seu pênis ou testículos são repulsivos ou desaparecerão, declaração de que seria melhor não ter um pênis ou aversão a brincadeiras rudes e rejeição a brinquedos, jogos e atividades estereotipadamente masculinos; ▪ em meninas, rejeição a urinar sentada, afirmação de que desenvolverá um pênis, afirmação de que não deseja desenvolver seios ou menstruar ou acentuada aversão a roupas caracteristicamente femininas. <p>Em adolescentes e adultos, o distúrbio manifesta-se por sintomas tais como:</p>	

[continua]

DIAGNÓSTICO TRANSTORNO DE IDENTIDADE DE GÊNERO DSM IV-TR

- preocupação em ver-se livre de características sexuais primárias ou secundárias (por ex., solicitação de hormônios, cirurgia ou outros procedimentos para alterar fisicamente as características sexuais, com o objetivo de simular o sexo oposto)
- ou crença de ter nascido com o sexo errado.

3. A perturbação não é concomitante a uma condição intersexual física.

4. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

**302.6
Transtorno da
identidade de gênero,
sem outra
especificação**

- (1) Condições intersexuais (por ex., síndrome de insensibilidade a andrógenos ou hiperplasia adrenal congênita) e disforia concomitante quanto ao gênero.
 - (2) Comportamento transvêstico transitório, relacionado ao estresse.
 - (3) Preocupação persistente com castração ou penectomia, sem um desejo de adquirir as características sexuais do gênero oposto.
-

FONTE: APA, 1994, p. 241-243; APA, 2000, p. 576-582.

Identificamos diferenças conceituais nas duas classificações. A CID-10 mantém o termo “transexualismo” e cataloga separadamente os transtornos de identidade sexuais na infância e na adolescência. Já o DSM-IV e o DSM-IV-TR consideram apenas o transtorno de identidade de gênero, que classificado em crianças ou adolescentes e adultos. Neste caso, notam-se o abandono do termo “transexualismo” e a possibilidade de um indivíduo portador de transtorno de gênero sentir atração sexual por qualquer dos sexos, inclusive por ambos (Saadeh, 2004).

O CFM, que adota a definição da CID-10, considera o transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ou ao autoextermínio (Resolução PC/CFM/nº 39, de 9 de maio de 1997).

Segundo o CFM:

Eles passam a vida se autotransformando (mutilando-se, às vezes), utilizando ilicitamente hormônios e materiais aloplásticos, marginalizando-se, obcecados pela compulsão de pertencer ao sexo oposto. Somente a transgenitalização cirúrgica e o reassentamento civil reverterão a síndrome (Parecer e Proposta de Resolução PC/CFM/nº 39, de 09 de maio de 1997; CFM, 1997).

Adotamos o referencial teórico de classificação proposto na CID-10 por ser a classificação legalmente utilizado no Brasil para a elaboração de laudos para cirurgia de redesignação sexual e alteração do registro civil.

3.1.1 Perspectivas futuras quanto ao diagnóstico

Atualmente, está sendo redigido o DSM V, e algumas alterações propostas na revisão estão na Tabela 3.

Tabela 3 – Proposta de revisão do diagnóstico de disforia de gênero pelo DSM V

DISFORIA DE GÊNERO – DSM V	
P00 – Disforia de gênero (em crianças)	
A.	<p>incongruência marcante entre o gênero expresso/vivenciado e o sexo atribuído, duração mínima de 6 meses, manifestado por pelo menos 6 dos seguintes indicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. forte desejo de ser de outro sexo ou a insistência em que ele ou ela é o outro sexo (ou algum gênero alternativo diferente do sexo atribuído); 2. nos meninos, uma forte preferência por se transvestir ou simulando traje feminino; nas meninas, uma forte preferência por usar apenas roupas tipicamente masculinas e uma forte resistência ao uso de roupas femininas típicas; 3. forte preferência pelo outro gênero nas brincadeiras de faz-de-conta ou fantasia; 4. forte preferência por brinquedos, jogos ou atividades típicas do outro sexo; 5. forte preferência por companheiros do sexo oposto; 6. forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades típicos do gênero que remetem ao sexo biológico; 7. forte desgosto da própria anatomia sexual;

[continua]

DISFORIA DE GÊNERO – DSM V

8. forte desejo de ter as características sexuais primárias e/ou correspondentes ao gênero vivenciado.
- B. condição associada a um sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo do funcionamento social, ocupacional, ou em outras áreas importantes, ou ainda com um risco significativamente aumentado de sofrimento como angústia ou incapacidade.

Subtipos:

- Com desordem do desenvolvimento sexual;
- Sem um distúrbio específico do desenvolvimento sexual.

nota: Duas mudanças foram realizadas desde o lançamento inicial do site, em fevereiro de 2010: o nome do diagnóstico e a adição do critério B. Definições e critérios em A permanecem inalterados.

P01 – Disforia de gênero (em adolescentes ou adultos)

- A. incongruência marcante entre o gênero expresso/vivenciado e o sexo atribuído, duração mínima de 6 meses, manifestado por 2 ou mais dos seguintes indicadores:
1. incongruência marcante entre o gênero expresso/vivenciado e as características sexuais primárias e/ou secundárias (em jovens ou adolescentes, as características sexuais secundárias esperadas);
 2. forte desejo de se livrar das características sexuais primárias e/ou secundárias por conta da incongruência marcada pela própria expressão/vivência de gênero (em jovens ou adolescentes, um desejo de impedir o desenvolvimento dos esperados caracteres sexuais secundários);
 3. forte desejo de ter as características sexuais primárias e/ou secundária do sexo oposto;
 4. forte desejo de ser do sexo oposto (ou algum gênero alternativo, diferente do sexo atribuído);
 5. forte desejo de ser tratado como pertencente ao sexo oposto (ou algum gênero alternativa diferente do sexo atribuído);
 6. forte convicção de que tem os sentimentos e reações típicas do sexo oposto (ou algum gênero alternativo diferente do sexo atribuído).
- B. condição associada a um sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo do funcionamento social, ocupacional, ou em outras áreas importantes, ou ainda com um risco significativamente aumentado de sofrimento como angústia ou incapacidade.

Subtipos:

- Com desordem do desenvolvimento sexual;
- Sem um distúrbio específico do desenvolvimento sexual.

Especificador **

Pós-transição, isto é, o indivíduo que fez a transição para viver de maneira

[continua]

DISFORIA DE GÊNERO – DSM V

integral no sexo desejado (com ou sem legalização de mudança do gênero) e que sofreu ou está sofrendo ao menos um procedimento de mudança de sexo, seja médica ou do regime de tratamento. Exemplo: hormonioterapia regular ou cirurgia de mudança de sexo confirmando o gênero desejado – penectomia, vaginoplastia, neofaloplastia, mastectomia).

nota: Três alterações foram realizadas desde o lançamento inicial do site, em fevereiro de 2010: o nome do diagnóstico, a adição do critério B e a adição de um especificador. Definições e critério em A permanecem inalterados.

FONTE: APA, 2012.

Observamos que a nomenclatura deve mudar para “disforia de gênero”, em função da crítica à estigmatização dessa população. Segundo os redatores do capítulo no DSM V, o título anterior – “transtorno de identidade de gênero” – era inespecífico e estigmatizante. Inicialmente, escolheu-se a nomenclatura “incongruência de gênero”, posteriormente substituída por “disforia de gênero”, expressão que melhor descreveria o sofrimento experimentado por essa população.

Entre as mudanças da proposta, destacamos duas. A questão de a orientação sexual não interferir no diagnóstico da disforia de gênero e a diminuição do tempo no relato da vivência do sofrimento de dois anos para seis meses.

3.2 Transtorno de identidade sexual: aspectos relevantes e atuais

O movimento científico do final do século XIX dá início aos estudos sobre a sexualidade humana, o que possibilita o surgimento de novas perspectivas acerca do tema, que até então era abordado sobretudo por viés

religioso e moral. Os primeiros estudos têm lugar na Alemanha, e um dos principais temas pesquisados é a homossexualidade, em que se incluem os casos conhecidos hoje como travestis e transexuais. Hirschfeld (1991), Von Krafft-Ebing (1999) e outros pesquisadores expandem o termo e os comportamentos associados ao que Karoly Maria Benkert¹ (1869) apud Hirschfeld (1991) chamou de homossexualismo. Só em 1949 a expressão “psicopatia transexual” é criada por David O. Cauldwell, destacando-se na área médica para descrever “o mais extremo exemplo de desconforto do gênero de uma garota que queria ser homem” (Pauly, 1968; Gregersen, 1983; Bullough; Bullough, 1998).

Em 1952, nos Estados Unidos, Christine Jorgensen, nascida George Jorgensen Jr., evidencia e torna público o fenômeno transexual. É nessa época que se desenvolvem as cirurgias para adequação sexual em intersexos e têm início as terapias hormonais (Docter, 2008)

O endocrinologista de origem alemã Harry Benjamin (1966) empatiza com o tema e começa a estudar os pacientes transexuais. Passa a trabalhar com milhares de pessoas com esse diagnóstico e é o responsável pelo acréscimo de um segundo “s” ao termo em inglês *transsexual*. Além disso, estabelece uma escala descrevendo tipos e diferenciando travestismo de transexualismo e também as bases para o tratamento dessas pessoas. Em 1966, escreve um livro sobre o tema, *The Transsexual Phenomenon*, deixando um grande legado e dando nome à principal associação de acompanhamento e tratamento para transexuais, a Harry Benjamin

¹ Benckert KM; 1869. Segundo consta em (Hirschefeld, 1991), essa declaração estava numa carta protesto na Alemanha.

International Gender Dysphoria Association (HBIGDA, 2001), atualmente conhecida como World Professional Association for Transgender Health (WPATH, 2011), referência internacional em questões ligadas ao transexualismo.

É importante ainda notar que existem pesquisadores que advogam a despatologização da condição transexual. Eles defendem a necessidade de retirada de tal condição do rol dos diagnósticos psiquiátricos, pois não a consideram uma patologia. Advogam ainda que os sistemas de saúde estatais deveriam ser responsáveis pelo acesso irrestrito à cirurgia de redesignação sexual, independentemente do diagnóstico médico, mas considerando a percepção do próprio sujeito.

Entre os fatores arrolados contra os argumentos dessa proposta, podemos citar, por exemplo, o fato de que o diagnóstico se baseia num sofrimento real e significativo dos pacientes com a incongruência entre seu sexo biológico e o sexo desejado. Há ainda a questão do procedimento cirúrgico, que é altamente agressivo e irreversível, demandando a normatização da indicação do procedimento, que atualmente é baseada essencialmente no diagnóstico psiquiátrico. Assim, emerge a percepção de que os cirurgiões não se sentiriam seguros para operar sem o estabelecimento de um diagnóstico adequado dado por colega especialista, inclusive por receio de incorrer em erros de indicação, como pacientes psicóticos ou com transtornos de personalidade. Podemos ainda incluir que a retirada dessa condição dos diagnósticos médicos dificultaria a normatização da cirurgia de redesignação sexual por sistemas de saúde,

privados ou públicos, como o SUS, prejudicando a busca dessa população pela readequação ao sexo desejado e perpetuando seu sofrimento.

Desde então, entra em uso e desuso uma profusão de termos e nomes afetos ao tema; por exemplo, disforia de gênero, transgênero e transexualidade, sem valor diagnóstico, até o momento, embora com força na mídia. Em termos médicos e diagnósticos, há hoje dois manuais que dispõem sobre o assunto de formas diferentes, como vimos, além do DSM V, que está sendo reescrito.

Nesta pesquisa, usamos a expressão “transtorno de identidade sexual” ou o termo “transexualismo” – e não “transtorno de identidade de gênero” ou “transexualidade” – porque tomamos como base os conceitos da CID-10 (OMS, 2003) e do Processo Transexualizador (Brasil, 2008a), que são oficiais no país.

3.3 Aspectos psicológicos do transtorno de identidade sexual

Podemos observar quanto aos aspectos psicológicos que os autores pesquisados são, em sua maioria, psicanalistas, teoria em qual está inserida a maior produção científica da área.

As teorias psicanalíticas apresentam fundamentos, de maneira plausível, ligados a certos fenômenos encontrados nessa população e suas famílias: maior ligação com a figura materna, pais ausentes ou frios afetivamente, a presença marcante da irmã velha, entre outras. Atualmente a análise teórica de aspectos psicológicos começa a ser repensada por

alguns estudos ainda não publicados, que têm mostrado que outras leituras psicológicas são possíveis sobre o tema.

Além disso, tal tendência passou a se alterar com o surgimento dos dados de possíveis etiologias biológicas, apresentando, atualmente, limitada literatura de outras referências teóricas.

Vários autores se destacam na discussão psicológica do transexualismo.

O pesquisador e especialista em sexualidade John Money trabalhou no Johns Hopkins Hospital, onde fundou a clínica de identidade de gênero, na década de 1950. Money fez uma importante distinção entre sexo biológico e gênero, estabelecendo uma teoria psicossocial de gênero e identidade. Para Money (1988), o primeiro passo crucial na diferenciação do gênero de uma criança é sua autodenominação como masculino ou feminino, de acordo com o sexo atribuído e determinado. Essa diferenciação se completa por volta dos três anos de idade, e diz respeito a dois conceitos (Money, 1994):

- identidade de gênero: identidade, harmonia e persistência da individualidade de alguém como masculina (homem), feminina (mulher) ou ambivalente, em maior ou menor grau, especialmente como ela é experimentada com sua própria consciência e comportamento;
- papel de gênero: tudo o que uma pessoa diz e faz para indicar aos outros e/ou a si mesma seu grau de masculinidade, feminilidade ou ambivalência; isso inclui, mas não se restringe, ao desejo e à resposta

sexual.

Portanto, a identidade de gênero é a experiência privada do papel de gênero, e o papel de gênero é a expressão pública da identidade de gênero.

Robert Stoller, pesquisador e psicanalista referendado nos estudos sobre transexualismo masculino na década de 1960 distingue sexo (biológico) de gênero (sociocultural). Como possível origem para o fenômeno transexual, Stoller (1982) sugere as seguintes hipóteses:

- bissexualidade da mãe: a mãe tem qualidades psíquicas masculinas e femininas. Quando crianças, essas mães eram masculinizadas e, após a puberdade, começaram a se feminilizar;
- proximidade entre mãe e filho: invasão da mãe em seu filho e a proximidade entre eles, extrema simbiose entre mãe e filho, gerando identificação intensa que não é rompida;
- ausência do pai: a figura paterna não faz com que o filho se sinta ameaçado em sua virilidade e masculinidade, por isso, o conflito edípico, que serviria aí como separação, não se estabelece;
- passividade e bissexualidade do pai: os pais não aparecem durante o tratamento dos filhos, o que demonstra sua ausência perante os próprios. Esses pais não são apenas incapazes de tomar parte na família como homens masculinos, mas seu relacionamento com a esposa é distante e mal-humorado. Eles não querem assumir a responsabilidade de sua função de marido e pai e, sem queixas, persistem em um casamento sem amor e quase sem sexo;
- divórcio: a taxa de divórcio é baixa, quase zero. Mulheres poderosas

e iradas que não podem abandonar seu marido passivo; maridos calados que dizem que as coisas estão bem e não ouvirão o desespero que subjaz à hostilidade de sua esposa. O casamento é seguro e essencial para ambos, e a separação seria um desastre;

- influência da irmã: uma irmã também pode reforçar ou dar origem ao comportamento feminino do irmão. Se a mãe não é tão competitiva nem ultramasculinizada, muitas vezes uma irmã pode sê-lo e, com isso, originar o comportamento do irmão.

A tese de Stoller (1974), que segundo o próprio autor precisaria ser comprovada, é de que o grau de feminilidade que se desenvolve em um menino varia exatamente (não aproximadamente) com aquilo que lhe tenha sido feito no início da infância. Isso não significa que a criança seja apenas um pedaço de massa modelado por forças externas. As forças biológicas também têm efeitos presentes em todos. Os efeitos biológicos são silenciosamente aumentados quando a educação dada pelos pais ou responsáveis segue a direção do sexo biológico. Porém, se a criação vai de encontro a essas forças biológicas, elas são quase sempre dominadas. Assim é a congruência dos fatos mencionados, e não simplesmente a presença de um ou dois deles, que ajuda a criar o transexual masculino; se mudarmos um ou outro fator, teremos um ou outro tipo de feminilidade.

Segundo Stoller (1974), o transexual não é psicótico, pois ele sabe e reconhece que seu corpo é biologicamente masculino e que tem pênis e testículos, mas pode apresentar determinadas qualidades ou características de uma “personalidade psicopática”, que seriam:

- leve irresponsabilidade, não de forma criminosa, sem ganhos para si próprio, mas em seus compromissos, principalmente com o terapeuta;
- mentira infantil, que não traz nenhum benefício evidente para o transexual, e sobre detalhes pouco importantes;
- não tem relacionamentos duradouros com outras pessoas; as relações que estabelece são aparentes e pouco profundas;
- ausência de comportamento criminoso.

De acordo com o autor, a explicação para essas características é a dificuldade de uma relação transferencial consistente, pois, se não há conflito edipiano, não há potencial para um vínculo intenso. Portanto, não há possibilidade de uma relação transferencial, daí a dificuldade de se psicanalisar um transexual. Pelas mesmas razões, relata ainda a dificuldade de se estabelecerem empatia e contratransferência com essas pessoas.

A psicanalista francesa Colette Chiland (1998) trabalha com transtorno de identidade sexual na infância. Na década de 1980, Chiland em seu tratamento com crianças transexuais, afirma que seus pais aderem ao tratamento, discordando do que diz Stoller. Outro ponto divergente diz respeito à “simbiose extasiante” com a mãe. Segundo a autora, ao mencionar tal simbiose, um de seus pacientes refere-se a dois tipos de experiência: uma de uma felicidade fantástica e outra de perigo de destruição.

Segundo Chiland (1998), crianças com transtorno de identidade sexual entendem, pelas mensagens conscientes e inconscientes de seu pais, que não são amadas por ser quem são, especialmente pelo gênero a

que pertencem, e que, portanto, não podem amar a si mesmas, a menos que pertençam ao sexo oposto. Embora os pais tenham um papel importante, isso não pode ser considerado linear, pois muitas vezes eles são percebidos como ausentes ou pouco presentes, mas isso não necessariamente corresponde à realidade.

Outra questão analisada pela autora é resistência dos transexuais a falar sobre sua infância, o que se deveria ao fato de terem vivido situações de rejeição e desprezo. Não se trata necessariamente de um recalque, mas sim de uma vontade muito grande de apagar, esquecer situações conflitantes. Chilland (2000) também ressalta a resistência à transferência. Segundo ela, os transexuais são fechados em sua “concha narcísica”, ou seja, não se importam com as reações do analista ao que dizem, e não ressoa neles qualquer interferência sua. A autora se pergunta se o que vem antes é a identificação com o sexo oposto ou a rejeição do próprio sexo.

Quanto ao transexualismo feminino, Chiland (2005) diz que, como regra, eles não têm experiências felizes com a mãe, na infância e que a relação com base na amamentação – ou seja, com o seio materno – não tem valor. Frequentemente, mães de transexuais femininas são deprimidas, sofrem por ser mulheres e retiram a feminilidade de seus valores pessoais. Às vezes, esses transexuais estabelecem experiências positivas com seu pai não em nível edípico, mas como companheiros de atividades realizadas com êxito e culturalmente reconhecidas como masculinas. Na verdade, é comum que esses pais tenham sido pouco participativos e incapazes de dar valor a sua esposa, de protegê-la ou tirá-la da depressão. Essas pacientes

se obrigam a reparar essa falta ajudando sua mãe e adotando um papel masculino de proteção em relação à companheira feminina.

Para a psicanalista francesa Oppenheimer (1991), os transexuais são pervertidos por suas obsessões, ou seja, sofrem com uma imensa necessidade de transformação corporal/sexual e exibem perversões próximas ao travestismo, mas sem manifestar psicose.

Oppenheimer (1991) observa, na maioria de seus pacientes, um ódio imenso pelo pênis e a vontade de sua extirpação, junto com a masculinidade que ele implica. Para ela, esse é um fator determinante do distúrbio do transexual, e acarreta também o aspecto narcísico dessa patologia, que, segundo Oppenheimer, deve ser enfatizado e trabalhado.

Ainda segundo a autora, o déficit relacionado ao desenvolvimento físico e sexual desses sujeitos é geralmente incompatível com seus conflitos de defesa.

Já os psicanalistas Lionel Ovesey e Ethel Person afirmam que os transexuais têm uma identificação ambígua de gênero, que ilustram com a fala estereotípica “eu sou uma alma de mulher em um corpo masculino”. Por isso, para eles, o transexualismo não é um distúrbio sexual, mas um distúrbio de identidade de gênero, que resulta em muitos prejuízos das identidades de papéis de gênero (Ovesey, Person, 1999).

Segundo os autores, a distinção entre o ambíguo e a identidade de gênero feminino ajuda a entender o transexualismo. Muito cedo, antes mesmo de se ter consumado a diferenciação do objeto, o transexual vivencia uma extrema ansiedade de separação. Assim, para aliviar essa ansiedade, a

criança se refugia na fantasia da fusão simbiótica com a mãe, de modo que mãe e criança se tornam um, e o perigo da separação é anulado. Ovesey e Person (1973) acreditam que essa psicodinâmica é a base para o transexualismo masculino, e esse fenômeno transexual pode ser entendido clinicamente como uma tentativa de evitar a ameaça da fusão psíquica com a mãe. Assim, dentro do inconsciente transexual, ele literalmente se torna a mãe e, para sustentar essa fantasia, tenta reverter sua identidade de gênero de homem para mulher. Essa fantasia é tão poderosa que esvazia a vida sexual desses pacientes. É notória a assexualidade nos transexuais “verdadeiros”. Segundo os autores, muitos resumem sua vida sexual antes da cirurgia a uma masturbação quase sem fantasias, mecânica, em que surgem vagas expressões fantasiosas heterossexuais nas quais o paciente vê a si mesmo como mulher. O prazer nesses casos é mínimo, beirando a anedonia.

Para Ovesey e Person (1973), o impulso transexual é progressivo, ou seja, o transexual não só se sente confuso sobre sua identidade de gênero, mas, progressivamente, deixa a desejar no cumprimento de seu papel masculino como garoto, tendo um histórico de desprazer em relação aos esportes e preferindo brincadeiras ditas de menina. Já na adolescência, eles começam a reconhecer sua falta de interesse pelo sexo oposto e o aumento de sua diferença em relação aos outros meninos. Os transexuais referem confusões na adolescência, considerando-se heterossexuais, homossexuais e até travestis, até conhecer o transexualismo.

Ovesey e Person (1973) acreditam que a performance pobre no papel masculino e a ambiguidade da identidade de gênero se resolvem com a identificação feminina. Nesse sentido, o símbolo masculino representa uma demanda de performance masculina, que não pode ser atendida por esses transexuais. O ódio por si mesmo é focado no símbolo masculino, que preserva um modo de autoestima para a fantasia do outro ser – o ser “mulher”. Ainda segundo os mesmos autores, há dois tipos de transexual:

- transexualismo primário: a criança recorreria a uma fantasia reparatória de fusão simbiótica com a mãe para conter a ansiedade de separação. Essa seria a etapa mais primitiva de um *continuum* de desenvolvimento e geraria uma identidade de gênero ambígua que impediria um desenvolvimento sexual adequado, levando os indivíduos a uma relativa assexualidade e a uma atividade masturbatória pouco prazerosa ou fantasiosa;
- transexualismo secundário: dividido em transexualismo homossexual e transvêstico, é o caso em que não há fusão simbiótica com a mãe, mas uma relação transicional com objetos parciais, e cuja vida sexual pode ser intensa. Assim, pode-se pensar numa “síndrome transexual” evoluindo de um transexualismo primário a um secundário. Com isso, estabelecem-se uma abordagem e uma conduta para os transexuais, além de uma visão pela qual o tratamento pode ser diferenciado, baseado na evolução psicodinâmica, na adequação social e pessoal e na vida sexual.

Os psicanalistas Volkan e Masri (1989) são dos poucos que falam sobre o transexualismo feminino, cujas características psicológicas de desenvolvimento associam à fase pré-edípica, entre os 18 meses e os três anos de idade. Nessa fase, o desenvolvimento da identidade masculina está ligado à relação estabelecida com a mãe e à ausência do pai. A mãe é usualmente deprimida e sexualmente faminta. Para compensar o sofrimento materno, a menina se identifica inconscientemente como homem e passa a usar entre as pernas objetos que substituem o pênis que lhe falta e a diferenciam da mãe, deprimida e sofredora. Na fase edípica, ao não contar com o reconhecimento paterno, identifica-se com ele para escapar da relação intensa com a mãe. Como consequência, a menina centra-se em si mesma e, na adolescência, evidencia-se o desejo cirúrgico de transformação para concretizar o pênis.

Essas afirmações mantêm o eixo de raciocínio psicanalítico desenvolvido no entendimento do transexualismo masculino. A especificidade do transexualismo feminino encontra-se na ligação com a mãe e na busca do pênis como atenuador do sofrimento materno e autenticador da própria identidade.

O psicodramatista José Fonseca (2000) faz uma releitura da sexualidade como desenvolvimento e instrumento relacional, levando em conta a teoria da matriz de identidade:

- a matriz de identidade se refere ao desenvolvimento humano, que tem por base a relação mãe-bebê; segundo o idealizador do Psicodrama, Jacob Moreno, a dedicação corporal do bebê antecede o

papel sexual;

- a matriz de identidade é a interação dos fatores materiais, sociais e psicológicos que ocorrem num lugar preexistente, que é modificado pelo nascimento do sujeito por intermédio de suas relações;
- no desenvolvimento da matriz de identidade, muitas situações podem gerar dificuldades de relacionamento ou de percepções do mundo real ou imaginário, das pessoas e de seus sentimentos. Esses problemas de desenvolvimento podem ser compreendidos como transtornos a ser diagnosticados.

Ao abordar psicodrama e sexualidade, Fonseca (2000) faz uma análise que denomina “reconhecimento do eu sexual”, que nada mais é do que o período em que a criança se dá conta do próprio corpo, tomando consciência dos genitais. Percebe a diferença entre os sexos e realiza a identidade sexual: “sou um menino, sou do sexo masculino” ou “sou uma menina, sou do sexo feminino”. Essa também pode ser chamada de fase do espelho sexual. A partir daí, se forma a identidade de gênero, entendida aqui como uma construção social. Na fase do espelho, há o reconhecimento parcial do outro, ou seja, a criança consegue se reconhecer e reconhecer o outro alternadamente; ora um, ora outro.

Fonseca (2000) descreve os transexuais segundo suas identidades existencial, sexual e sexual relacional: primeiramente, se define quem se é (eu sou eu, João); depois, quem se quer ser (eu sou eu, João, mas, apesar de ser menino, gostaria de ser menina, Joana); e, finalmente, se reconhece que se é quem se quer ser e como deseja os outros (eu sou eu, João, que,

apesar de ser menino, gostaria de ser menina, Joana, e gosto de fazer coisas de sexo com meninos).

A partir da ideia de Fonseca (2000) sobre o transexualismo, Mutti et al. (2004) propõem um entendimento psicodramático mais aprofundado. Por meio de sua experiência em atendimentos, observaram que os transexuais masculinos e femininos tiveram em seu desenvolvimento uma mãe ou uma figura materna desempenhando o papel de ego auxiliar na fase do reconhecimento do eu sexual e que era ainda participante ativa na aceitação e no estímulo do reconhecimento do eu sexual contrário a sua anatomia. Ou seja, ao filho anatomicamente do sexo masculino, uma aceitação e um estímulo para pertencer ao sexo feminino, e vice-versa.

Para entender melhor, os autores se apoiam em Moreno (1978), para quem os alicerces do primeiro processo de aprendizagem emocional e sexual da criança são lançados pela matriz de identidade. A criança vive no tempo imediato, e esta coexistência e coexperiência exemplificam a relação com a mãe, seu ego auxiliar (que vem a ser quem interpreta o bebê para o mundo): para a criança, tudo o que ela faz ou preconiza é como porção inconsciente de seu eu. Aconteça o que acontecer durante o crescimento da criança, essa experiência precoce de identidade modela seu destino.

Os autores sugerem que a passagem pela brecha entre fantasia e realidade (momento em que percebe o que é real e o que é fantasia) permite à criança estabelecer a posterior tomada de papel do outro e a inversão de papéis. Portanto, o transexualismo pode ser explicado pela impossibilidade de se haver estabelecido a função de realidade, que deveria ter acontecido

pela interposição de resistências proposta pela mãe, que provavelmente não o fez. Assim, sem a ajuda de seu ego auxiliar (mãe) para vencer essa barreira, pouco adianta a imposição social de uma realidade que não lhe pertence (à criança) (Mutti et al., 2004).

Segundo os autores, pelo fato de a mãe ser imprópria na concretização da realidade, fica prejudicada a construção de uma identidade sexual madura. A brecha entre fantasia e realidade não se rompe, e a estruturação de uma identidade sexual, por sua vez, se dá a partir de um eu ilusório, irreal. Esse eu é parcialmente diferenciado e reconhecido como verdadeiro por aquele indivíduo que o psicodrama denomina *eu delirante*.

Isso leva os autores a pensarem que provavelmente só o desenvolvimento da identidade sexual seja prejudicado pela estruturação desse “eu delirante” decorrente de um não reconhecimento do eu sexual biológico e da não superação da brecha entre fantasia e realidade devido à deficiência de um ego auxiliar (mãe). As questões referentes à orientação sexual e a outros aspectos da vida estariam ligadas a fenômenos de identificação, e não aos da formação da identidade sexual.

Mackenna e Kessler (1985) trabalham com aprendizado social e desenvolvimento cognitivo e propõem a importância do reforço e dos facilitadores ambientais para que tal comportamento se instale, manifeste e mantenha. Segundo os autores, a teoria do aprendizado social reconhece a validade do fenômeno da identificação, mas, diferentemente da psicanálise, propõe que a criança apreende e retém os modelos de comportamento expostos pelos pais ou por figuras afetivamente importantes, o que induz ou

reforça seu comportamento e facilita o fenômeno de identificação com o modelo afetivo – e isso também vale para as questões de gênero.

Ainda segundo Mackenna e Kessler (1985), as teorias de desenvolvimento cognitivo, baseadas nas ideias de Piaget, propõem que a criança desenvolve progressivamente a noção de gênero – a que gênero pertence e sua imutabilidade –, podendo aí se identificar com os valores pertencentes ao gênero desenvolvido e a seus pais. As noções de diferenças genitais só acontecem depois de ter desenvolvido uma identidade de gênero.

A psicóloga comportamental Bem (1971) valida as questões da sexualidade por intermédio de uma escala de valoração, buscando com isso entender como se dá a sexualidade. Em 1974, a dr^a Sandra Bem Lipsitz desenvolveu o Inventário Bem do Papel Sexual – Bem Sexy Role Inventory (BSRI) –, para caracterizar a personalidade como masculina, feminina, andrógina ou indiferenciada. O BSRI é baseado nos aspectos mensuráveis dos estereótipos de gênero e em como cada um se encaixa em seu papel sexual tradicional. Assim, a pontuação busca dizer como o indivíduo se encontra frente às expectativas culturais e como elas têm mudado ao longo dos últimos 35 anos, de acordo com as sucessivas revalidações.

3.4 Aspectos médicos do transtorno de identidade de sexual

É importante destacar a distinção entre sexo biológico e psicológico. Stoller (1982) e Money (1988) fazem essa distinção de quatro formas

biopsicológicas:

- sexo biológico, definido por seis características anatômicas e fisiológicas: cromossomos, gônadas, genitália interna, genitália externa, hormônios e caracteres sexuais secundários;
- gênero, composto pela identidade de gênero, ou núcleo da identidade de gênero (noção de ser “macho” ou “fêmea”, homem ou mulher) e pelo papel de gênero ou papel de identidade de gênero (noção de ser masculino ou feminino) e comportamento ligado ao papel de gênero;
- comportamento sexual, declarado e fantasiado, expresso em ambos os casos pela escolha do objeto e pela natureza da atividade;
- reprodução, capacidade biológica relacionada à propagação da espécie.

Muitas vezes, essa é a distinção classificatória adotada nos trabalhos que se referem a transexuais.

3.4.1 Etiologia

Segundo Saadeh (2011), na base etiológica do transexualismo, até a década de 1990, predominavam as hipóteses psicológicas de gênese dos transtornos de identidade de gênero, em que estudiosos da psicanálise e de diversas escolas psicológicas procuraram sistematizar conhecimento a respeito do tema. Apesar de aumentar as controvérsias já existentes, as dificuldades conceituais e as divergências em relação aos referenciais psíquicos contribuíram com informações e observações valiosas como

conceitos de estruturação familiar, como visto no capítulo anterior.

Por meio de suas pesquisas, Cohen-Kettenis e Pfäfflin (2003) afirmam que todo transexual teve transtorno de identidade de gênero na infância e na adolescência, mas nem toda criança que tem o diagnóstico de transtorno de identidade se desenvolverá transexual – a grande maioria se desenvolverá homossexual.

Segundo Zucker et al. (2009), nos anos 1990, as hipóteses biológicas começam a ganhar força. Forget e Cohen (1994) acrescentam evidências à hipótese de que a influência neuroendócrina na modulação da assimetria funcional cerebral não é necessariamente determinada no cérebro perinatal. Para isso, analisam a influência do hormônio testosterona na função e na estrutura cerebral e observam que transexuais geneticamente masculinos e homens apresentam diferentes padrões de lateralização auditiva – ou que transexuais geneticamente masculinos e mulheres exibem padrões similares de lateralização auditiva –, acrescentando evidências à hipótese de que a influência neuroendócrina na modulação da assimetria funcional cerebral não é necessariamente determinada no cérebro perinatal.

Alguns estudos de anatomia realizados por Zhou et al. (1995) correlacionam o tamanho de determinadas regiões do hipotálamo (núcleo caudado da estria terminal) entre transexuais masculinos e mulheres. Para eles, a diminuição do núcleo tem relação com o transtorno de identidade, e não com a idade do paciente na manifestação do transtorno. Outro achado é que o tamanho do núcleo não é diferente entre homens hétero e homossexuais.

Outros pesquisadores (Kruijver et al., 2000; Swaab et al., 2002; Gooren et al., 2002) deram prosseguimento aos estudos de Zhou et al. (1995) e chegaram à conclusão de que o número de neurônios no núcleo caudado da estria terminal de transexuais masculinos é similar ao das mulheres e, em contraste, o número de neurônios de uma transexual feminina é equivalente ao de um homem. Os autores concluem que, em transexuais, a diferenciação do cérebro e dos genitais se desenvolve em direções opostas e indicaria a base neurobiológica do transtorno de identidade de gênero. Sabe-se que a diferenciação do hipotálamo ocorre aproximadamente por volta dos quatro anos de idade e depende de fatores genéticos e níveis de hormônios pré-natais, estabelecendo-se, portanto, a mesma relação entre comportamento masculino e andrógenos.

Outros pesquisadores (Segal, 2006; Wegener et al., 2007) estudam os marcadores biológicos, mas nada é conclusivo até o momento. No entanto, é importante destacar que existe uma linha que busca cada vez mais evidências da correlação de andrógenos circulantes intraútero e o desenvolvimento da identidade de gênero.

3.4.2 Epidemiologia

Saadeh (2011) afirma que incidência do transexualismo tende a permanecer a mesma, ao passo que a prevalência revela uma variação muito grande desde os primeiros trabalhos a respeito até os mais recentes, variando entre países e entre época estudada dentro de um mesmo país.

Contudo, segundo Bancroft (2009), a razão entre transexuais masculinos e femininos se mantém estável em 3:1, independentemente de país ou época.

Devemos tomar alguns cuidados em relação à epidemiologia, pois não sabemos ao certo se os dados avaliados são para transexuais ou para indivíduos diagnosticados com transtorno de identidade de gênero sem especificação e que requisitam cirurgia. Segundo Saadeh (2011), muitas vezes, levam-se em conta a solicitação do indivíduo e sua ansiedade, e não a história de seu desenvolvimento, o estresse vivido naquele momento e a evidência de que o grupo que requisita a cirurgia de redesignação sexual é heterogêneo. O autor coloca ainda que a questão diagnóstica deve ter um papel importante para definir esse fenômeno e que só a partir de um diagnóstico mais preciso poderíamos inferir tais dados.

Os dados epidemiológicos publicados desde a década de 1960 são interessantes. Em 1968, Pauly conduz a primeira pesquisa sobre prevalência com essa população, nos Estados Unidos da América (EUA), apresentando números como 1:100.000 transexuais masculinos e 1:400.000 transexuais femininos.

Em 1971, Wällinder, na Suécia, apresenta números da ordem de 1:37.000 transexuais masculinos e 1:103.000 transexuais femininos. Quanto à incidência anual, apresenta números da ordem de 0,20:100.000, e a proporção encontrada entre transexuais masculinos e femininos variando de 2,8:1 em 1967 a 1:1 em 1971.

Em 1974, Hoenig e Kenna, na Inglaterra e no País de Gales, apresentaram valores de 1,90:100.000 na população, de 1:34.000

transexuais masculinos e 1:108.000 transexuais femininos. Já a proporção por sexo, segundo eles, é de 3,25:1 transexuais masculinos em relação aos femininos, e a incidência encontrada foi de 0,17-0,26:100.000 habitantes, sendo a proporção entre homens e mulheres de 1:1.

Em 1981, Ross et al., na Austrália, encontraram uma prevalência total de 1:42.000, sendo 1:24.000 transexuais masculinos, 1:150.000 transexuais femininos e uma proporção de 6,1:1 para os transexuais masculinos. Além disso, referem uma incidência de 0,58:100.000 habitantes e uma proporção de 5:1 entre homens e mulheres.

Em 1988, em Cingapura, Tsoi apresentou números como 35,2:100.000 no total, de 1:2.900 transexuais masculinos, 1:8.300 transexuais femininos e uma proporção de 3:1 a favor dos transexuais masculinos. Na Holanda, Eklund et al. (1998) apresentaram 1:18.000 transexuais masculinos, 1:54.000 transexuais femininos e uma proporção de 3:1 de transexuais masculinos em relação aos femininos, o que difere de outra pesquisa realizada no mesmo país, cinco anos depois, em 1993, por Bakker et al., que revelou 1:11.900 transexuais masculinos, 1:30.4000 transexuais femininos e uma proporção de 2,5:1 de transexuais masculinos em relação aos femininos.

Em 1996, Weitze e Osburg, na Alemanha, encontraram números compatíveis com 1:36.000 transexuais masculinos, 1:94.000 transexuais femininos, prevalência total de 1:42.000 e proporção de 2,3:1 transexuais masculinos em relação aos femininos.

Em 1999, na Escócia, Wilson et al. apresentaram números da ordem

de 8.18:100.000 de prevalência total de transexualismo, sendo a relação de 1:7.500 para transexuais masculinos e de 1:31.000 para transexuais femininos, com uma proporção de 4:1 transexuais masculinos em relação aos femininos.

Em 2007, De Cuypere et al., na Bélgica, apresentam a proporção de 1:12.900 homens e 1:33.800 mulheres.

Em 2006, na Espanha, Gómez et al. apresentam números de 1:21.031 homens e 1: 48.096 mulheres.

Em 2008, na Nova Zelândia, Veale, encontra números como 1:3.639 homens e 1:22.714 mulheres.

Em 2009, Duisin et al., na Sérvia, apresentam uma relação proporcional entre homens e mulheres de 3:2.

Para melhor visualização da epidemiologia, transcrevemos duas tabelas usadas por Saadeh (2011) que buscam ilustrar e comparar esses valores e suas diferenças:

Tabela 4 – Prevalência estimada de transtorno de identidade sexual em várias pesquisas

autor(es), ano país(es)	masculino (MTF)	feminino (FTM)
Pauly, 1968 EUA	1:100.000	1:400.000
Wällinder, 1971 Suécia	1:37.000	1:103.000
Hoenig, Kenna, 1974 Inglaterra e País de Gales	1:34.000	1:108.000
Ross et al., 1981 Austrália	1:24.000	1:150.000
Tsoi, 1988 Cingapura	1:2.900	1:8.300

[continua]

Eklund et al., 1988 Holanda	1:18.000	1:54.000
Bakker et al., 1993 Holanda	1:11.900	1:30.400
Weitze, Osburg, 1996 Alemanha	1:36.000	1:94.000
Wilson et al., 1999 Escócia	1:7.500	1:31.000
De Cuypere et al., 2003 Bélgica	1:12.900	1:33.800
Gómez et al., 2006 Espanha	1:21.031	1: 48.096
Veale, 2008 Nova Zelândia	1:3.639	1:22.714

FONTE: Saadeh, 2011, p. 983.

Tabela 5 – Relação de proporção entre os sexos

autor(es), ano – país(es)	homens:mulheres
Pauly, 1968 – EUA	4:1
Wällinder, 1971 – Suécia	2,8:1 a 1:1
Hoening, Kenna, 1974 – Inglaterra e País de Gales	3,25:1
Ross et al., 1981 – Austrália	6,1:1
Tsoi, 1988 – Cingapura	3:1
Eklund et al., 1988 – Holanda	3:1
Bakker et al., 1993 – Holanda	2,5:1
Weitze; Osburg 1996 – Alemanha	2,3:1
Wilson et al., 1999 – Escócia	4:1
De Cuypere et al., 2003 – Bélgica	2,6:1
Gómez et al., 2006 – Espanha	2,3:1
Veale, 2008 – Nova Zelândia	6,1:1
Duisin et al., 2009 – Sérvia	3:2

FONTE: Saadeh, 2011, p. 983.

Ladén et al. (1996) afirmam que a prevalência é próxima dos valores adotados pelo DSM-IV, de 1:30.000 adultos masculinos e de 1:100.000 adultos femininos que buscam cirurgia de redesignação sexual. Diz ainda que a incidência permanece praticamente a mesma, de 0,15-0,17:100.000

habitantes acima dos 15 anos de idade. E que a proporção entre homens e mulheres varia de 1:1 entre transexuais masculinos e femininos primários até 4:1 entre homens e mulheres de um grupo com diagnóstico incerto, como vimos. Para os autores, a proporção total de pessoas que buscam avaliação para transgenitalização estaria por volta de 1,7:1 entre homens e mulheres da amostra geral, o que mostra coerência entre todos os dados mencionados.

Entretanto, é importante ressaltar que pesquisas realizadas na Polônia (Herman-Jeglinska et al., 2002), na antiga Tchecoslováquia (Cohen-Kettenis; Pfäfflin, 2003) e no Japão (Okabe et al., 2008) apresentam uma diferença em relação aos países ocidentais. Nesses países, a maior incidência é de transexualismo feminino, e não masculino, como nos ocidentais. Na Polônia (Herman-Jeglinska et al., 2002), a proporção é de 1:3,4, ou seja, um transexual masculino para 3,4 femininos; na antiga Tchecoslováquia (Cohen-Kettenis; Pfäfflin, 2003), a proporção é de 1:5; e, no Japão (Okabe et al., 2008), de 1:0,66.

Olsson e Möller (2003) realizaram na Suécia uma pesquisa que avalia os pedidos de cirurgias de redesignação sexual entre julho de 1972 e junho de 2002, ou seja, trinta anos de acompanhamento. Devido a isso, encontraram dados significativos: por exemplo, no caso dos transexuais masculinos, a razão sexual de 1:1 encontrada no final dos anos 1960 elevou-se para 2:1 no final dos anos 1990.

3.4.3 Diagnóstico clínico diferencial

Segundo Tully (1992), é essencial que o diagnóstico seja preciso, para definir com clareza o transtorno de identidade sexual ou de gênero, e mais especificamente para o transexualismo, pois, na maior parte das vezes, a cirurgia de adequação sexual é irreversível.

De acordo com Saadeh (2004), o cuidado clínico no estabelecimento do diagnóstico e na elucidação dos diagnósticos diferenciais é etapa fundamental para o trabalho médico, psicológico e social que se pretenda fazer, pois ainda não existe um instrumento de elucidação diagnóstica.

Os transtornos de identidade sexual se manifestam de formas muito parecidas, sendo o transexualismo uma das possibilidades, mas não a única, e tal complexidade diagnóstica gerou terminologias majoritariamente confusas a respeito (Saadeh, 2011).

Procurando facilitar o entendimento e descrever sucintamente, Money (1988) distingue a síndrome de transexualismo da síndrome de disforia de gênero. Ou seja, disforia de gênero e transexualismo não são equivalentes, pois há muitos pacientes com disforia de gênero que não são transexuais e não desejam a cirurgia de redesignação sexual.

Para Saadeh (2011), é importante diferenciar expressões como disforia de gênero, transtorno de identidade de gênero, transtorno de identidade sexual e transgênero, que em geral são tomadas como equivalentes na designação de uma síndrome que vai além do transexualismo e engloba outros fatores que não necessariamente a cirurgia.

Fisk (1973) descreve a síndrome de disforia de gênero buscando facilitar o diagnóstico para um grupo heterogêneo de indivíduos que não devem ser classificados como transexuais. Para o autor, transexual deve se restringir a um grupo de indivíduos não psicóticos, com intenso desconforto por seu sexo anatômico e que expressa forte desejo e busca intensa de mudança de gênero.

Para Derogatis (1978), o transexualismo nada mais é do que um dos tipos mais graves de transtorno de identidade de gênero. Segundo o autor, transexuais têm experiências sexuais limitadas quando comparados com uma população heterossexual masculina, chegando mesmo, em alguns grupos, a ser assexuados. Considera os transexuais masculinos (MTF) pessoas rígidas, moralistas e isoladas, em geral com elevados níveis de depressão e ansiedade, autodepreciação significativa, comportamentos agorafóbicos e um marcante sentido de alienação. Afirma ainda que os transexuais são afetados por emoções negativas e sofrem com isso, o que indica a presença de uma anedonia importante e condizente com os níveis de depressão e pode servir de base para uma mensuração do ajustamento pós-cirúrgico.

Ainda de acordo com Derogatis (1978), os transexuais femininos (FTM) apresentam baixa atividade sexual, apesar de dois terços deles relatarem relações sexuais íntimas com homens em algum momento da vida. Para o autor, não existem diferenças entre transexuais femininas e heterossexuais femininas no que tange à masturbação e a fantasias sexuais. Quanto ao afeto, pode ser depressivo, mas sem manifestação de disforia em

níveis alarmantes. O autor também afirma que, em sua maioria, o papel de gênero é bem desenvolvido e desempenhado, fazendo com que eles consigam aceitação social no papel desejado, inclusive com ocupações masculinas no trabalho.

De acordo com Saadeh (2011), essas caracterizações dos dois grupos de transexuais ainda são atuais e podem ser adotadas na identificação diagnóstica, mas, dentro dos transtornos de identidade de gênero, a caracterização do diagnóstico de transexualismo ainda é difícil, pois há confusão de termos, caracterizações e diagnósticos.

Atualmente, em termos de critérios diagnósticos, adotam-se três referências importantes: o DSM-IV-TR (APA, 2000), a CID-10 (OMS, 2003) e a escala *standards of care for gender identity disorders*, sétima edição (setembro de 2011) da antiga HBGDA (2001) e atual WPATH (2011).

Para Saadeh (2011), tendo como base a dificuldade diagnóstica e compreendendo o transexualismo como transtorno mental que deve ser diagnosticado e tratado como tal, o Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual (AMTIGOS) do NUFOR do IPQ-HCFMUSP o define a partir dos seguintes critérios:

- anamnese completa e específica: história desde a infância de inadequação de gênero (brinquedos, roupas, trejeitos do gênero oposto; urinar como o gênero oposto; evitar esportes e brincadeiras de seu gênero anatômico); quadro não relacionado à situação de estresse; ausência de sinais de fetichismo; experiências homossexuais raras e geralmente na fase de definição pessoal,

quando descobre que nem a categoria homossexual, nem a de travesti lhe são adequadas; vivência no gênero desejado sem conflitos; crença de que é heterossexual e de que é membro do gênero oposto a seu sexo anatômico; busca a transformação hormonal e cirúrgica; mostra repugnância por seus genitais e vontade de transformá-los; grande sofrimento psíquico por sua situação com sintomas depressivos e história de autoagressão, inclusive tentativa de suicídio:

- uso de hormônios e busca de transformação física desde a puberdade;
- uso de roupas e nome do gênero desejado;
- desconforto e inadequação de gênero com duração de pelo menos dois anos;
- vivência no papel de gênero desejado estabelecida antes ou durante o acompanhamento;
- ausência de anormalidades genéticas ou intersexual;
- não decorrente de quadro esquizofrênico, transtorno de humor psicótico, transtorno mental orgânico ou oligofrenia;
- busca real e intensa pela cirurgia, mas com a compreensão das dificuldades presentes na indicação desse recurso;
- disponibilidade efetiva para psicoterapia como facilitadora da eventual indicação endocrinológica e cirúrgica;
- ter sido casado ou ter filhos não são fatores de exclusão diagnóstica;
- a caracterização da orientação sexual tem uma importância relativa e designa um subtipo particular dentro do grupo dos transexuais.

Ainda em termos de diagnóstico diferencial de transexualismo, Saadeh (2011) indica a necessidade de se destacarem todos os outros transtornos de identidade de gênero que não têm indicação cirúrgica: travestis, travestismo de duplo papel, travestismo fetichista (fetichismo transvético), homossexualidade homofóbica, quadros psicóticos com delírios de identidade de gênero (esquizofrenia e transtornos de humor psicóticos) e transtornos de personalidade *borderline* grave segundo Frignet (2003), Wylie (2004) e Urban (2009).

Hepp et al. (2005) e Lawrence (2008) afirmam que as comorbidades mais comuns associadas ao diagnóstico diferencial de transexualismo são:

- transtornos de eixo I: esquizofrenia, transtornos do humor e transtornos de ansiedade;
- abuso frequente de drogas;
- transtornos de personalidade.

Ainda segundo os próprios autores, é importante destacar que essa população é mais suscetível a suicídio ou autolesão e a causar ou ser vítima de violência e doenças sexualmente transmissíveis.

3.4.4 Tratamento

Em linhas gerais, segundo Saadeh (2011), há um consenso entre os profissionais que trabalham com pacientes que sofrem de transtorno de identidade sexual de que o tratamento para alívio da disforia e resolução das questões relativas à identidade de gênero, especialmente o transexualismo,

se baseia em um tripé formado por psicoterapia, tratamento hormonal; e cirurgia de redesignação sexual.

Esse tripé não é necessariamente sequencial; muitas vezes, um recurso soma-se a outro durante o tratamento, na busca de uma interface mais eficaz (Cohen-Kettenis; Gooren, 1999; Jurado et al., 2001).

3.4.4.1 Psicoterapia

Segundo o CFM (2010), no caso de tratamento de transexuais, a psicoterapia deve durar pelo menos dois anos e ser necessariamente conduzida por uma equipe multidisciplinar.

Segundo a WPATH (2011), a psicoterapia pode ser extremamente útil para as descobertas, o processo de amadurecimento e o conforto pessoal, mas, diferentemente do Brasil (CFM, 2010), não é requisito obrigatório para que o tratamento transcorra em três etapas. Ficando a cargo de uma avaliação da equipe profissional, o manejo da psicoterapia. Para Saadeh (2004), é de suma importância o estabelecimento de uma relação terapêutica verdadeira e efetiva, sendo esse o primeiro passo necessário para o êxito do trabalho da equipe, pois o processo pode ser longo e envolve ainda o seguimento pós-cirúrgico.

A psicoterapia não necessariamente conduz a hormonioterapia e cirurgia. Segundo Saadeh (2004), além das várias questões que podem surgir, deve-se levar em conta todo o processo de transformação e amadurecimento, porque várias mudanças ocorrem espontaneamente

durante a psicoterapia. Essa adaptação de gênero deve ser acompanhada e estimulada para melhores condições afetivo-emocionais.

Segundo a WPATH (2011), esperam-se dos pacientes, nesse período:

1. MTF: transvestismo; mudanças corporais como, por exemplo, retirada de pelos e aumento do cuidado pessoal, do guarda-roupa e da voz;
2. FTM: transvestismo; mudanças corporais como usar faixas peitorais, aplicação de pelos faciais teatrais, uso de próteses penianas ou outros recursos similares como enchimentos;
3. ambos: aprender mais sobre o fenômeno de transgênero frequentando grupos de apoio, lendo a respeito, participando de grupos de discussão na internet etc.

No processo psicoterapêutico em si, esperam-se:

- aceitação das fantasias pessoais, sejam homossexuais ou bissexuais, e dos comportamentos (orientação) diferentes dos desejos relativos à identidade de gênero e ao papel de gênero propriamente ditos, ou seja, a orientação sexual não interfere na questão da identidade de gênero, e sim a complementa;
- correta avaliação das necessidades e dos compromissos familiares e profissionais assumidos;
- integração das mudanças de gênero ao próprio dia a dia;
- identificação e incremento dos próprios pontos destoantes e frágeis na adequação ao gênero pretendido, tanto nas relações de trabalho como pessoais.

Ressalte-se que o fato de as entidades e equipes de pesquisa que trabalham com essa população concordarem com as diretrizes propostas pela WPATH (2011) não necessariamente reflete um esquema específico de trabalho psicoterapêutico nem a adoção de exclusiva uma linha teórica, mas um consenso acerca do que pode e deve ser alcançado pelo paciente e pela equipe de trabalho (Saadeh, 2011).

Segundo Saadeh (2004), a importância da psicoterapia para esses pacientes se traduz em mudanças comportamentais e psíquicas, e não meramente retóricas. Destaque-se ainda a relevância da psicoterapia em grupo, evitando o isolamento de cada sujeito, e sua interação como barreira ou não para possíveis vivências e relações, tão emblemáticas quanto o próprio transtorno.

Finalmente, o autor sublinha a importância da dupla de atendimento em psicoterapia grupal, composta dos dois gêneros, o que propiciaria identificações, estabelecimento de defesas e transferências importantes para o trabalho geral com transexuais.

3.4.4.2 Hormonioterapia

Segundo a WPATH (2011), a hormonioterapia em adultos é baseada no fato de que o tratamento com hormônios do sexo desejado tem um importante papel anatômico e psicológico no processo de transição de gênero e na seleção adequada de adultos com transtorno de identidade de gênero. Com esse tratamento, eles melhoram sua qualidade de vida e

limitam a comorbidade psiquiátrica, pois passam a se sentir e a se parecer com os membros do gênero preferido, além de ser medicamente necessários à nova condição. O início da hormonioterapia supõe a satisfação de três critérios:

- ter mais de 18 anos de idade;
- ter conhecimento demonstrável dos limites e das possibilidades de ação dos hormônios, além de seus riscos e benefícios sociais;
- ter experiência de vida no gênero desejado documentada de pelo menos três meses antes do início do tratamento hormonal ou um período de psicoterapia de duração especificada pelos profissionais da equipe de saúde antes da avaliação inicial para a hormonioterapia (geralmente, um mínimo de três meses).

Segundo a WPATH (2011), em algumas circunstâncias especiais, é aceitável a prescrição de hormônios para pacientes que não preenchem o terceiro critério, para monitorar a terapia com hormônios conhecidos com o intuito de evitar o uso sem supervisão médica ou o mercado negro. Ainda segundo os autores dessa associação, existe a possibilidade, em casos especiais e após avaliação de equipe responsável, de se prescreverem hormônios a pacientes que não queiram a cirurgia, ou que não desejem uma experiência de vida no outro gênero, ou mesmo que estejam encarcerados.

Os efeitos almejados com a hormonioterapia em adultos relatados pela WPATH (2011) são:

- MTF tratados com estrógenos: crescimento das mamas, redistribuição da gordura corporal no padrão feminino, diminuição da força no

segmento superior corporal, maciez da pele, diminuição dos pelos corporais, diminuição ou parada da queda de cabelos, diminuição do tamanho e da fertilidade testicular e ereções menos frequentes e menos firmes. A grande maioria desses efeitos é reversível, com exceção do aumento das mamas.

- FTM tratadas com testosterona: podem ser consideradas permanentes mudanças como a voz mais grave, o aumento do clitóris, a atrofia de mamas e o aumento de pelos faciais e corporais no padrão masculino. São reversíveis o aumento da força no segmento superior corporal, o ganho de peso, o aumento do interesse social e sexual, o aumento do desejo sexual e a diminuição da gordura do quadril.

Em função dos riscos envolvidos, alguns pacientes devem ser avaliados clinicamente antes do início de hormonioterapia: fumantes, obesos, idosos, pacientes com doenças cardiovasculares, hipertensos, com doenças endócrinas, com câncer e aqueles com problemas de coagulação.

Os efeitos colaterais descritos pela WPATH (2011) são:

- MTF tratados com estrógenos ou progestagênios: aumento da propensão à coagulação sanguínea, desenvolvimento de prolactinomas benignos, infertilidade, ganho de peso, labilidade emocional, doenças hepáticas, formação de cálculos biliares, sonolência, hipertensão e diabetes melittus.
- FTM tratadas com testosterona: infertilidade, acne, labilidade emocional, aumento do desejo sexual, mudança dos perfis lipídicos

para o padrão masculino com aumento do risco de doenças cardiovasculares e potencial para desenvolver tumores benignos ou malignos de fígado, além de disfunções nesse órgão.

Após a psicoterapia e a hormonioterapia, sequenciais ou não, a avaliação da capacidade de o paciente em viver adequadamente no gênero desejado é uma das variáveis mais importantes para a WPATH (2011). Isso significa que o sujeito que se submete ao tratamento deve viver, em tempo integral, no gênero desejado. Ou seja, adaptado ao meio social, familiar e privado, tanto nas relações pessoais quanto nas profissionais.

3.4.4.3 Cirurgia de redesignação sexual

Segundo Saadeh (2011), antes da cirurgia de redesignação sexual, a experiência de viver no gênero desejado é fundamental para sua indicação, pois propicia a noção real de saber enfrentar as mudanças de vida, sejam elas profissionais, afetivas, estudantis, sociais e mesmo parentais. E o autor considera dever da equipe perceber e avaliar cada situação específica, e acrescenta que mediar a fantasia e o que se deseja com a realidade é a principal tarefa da equipe e do paciente antes de se aventar e enfrentar essa possibilidade de definição, que é irreversível.

Segundo a WPATH (2011), a cirurgia de redesignação sexual:

- constitui tratamento efetivo e apropriado para transexualismo ou transtorno de identidade de gênero profundo;
- o cirurgião deve fazer parte da equipe, conhecê-la e confiar em suas

opiniões;

- os critérios de indicação cirúrgica envolvem desde idade mínima (maioridade legal, que varia de país para país), tempo de hormonioterapia e experiência real de vida no gênero desejado, até conhecimento de riscos, custos e possíveis complicações;
- o cirurgião deve ter competência especializada em técnicas de reconstrução genital, deve ser urologista, ginecologista, cirurgião plástico ou geral, sendo reconhecidamente hábil e suficientemente treinado para as tarefas a realizar.

As cirurgias indicadas são:

- cirurgia de mamas: retirada de mamas para transexuais femininos ou aumento dessas ou colocação de próteses para transexuais masculinos;
- cirurgia genital em transexuais masculinos: orquiectomia, penectomia, vaginoplastia, clitoroplastia e labiaplastia. A manutenção, sempre que possível, da inervação no tecido usado na construção da neovagina é fundamental na recuperação cirúrgica e na funcionalidade do órgão. Em transexuais femininos: histerectomia, salpingo-ooforectomia, vaginectomia, metoidioplastia, escrotoplastia, uretroplastia, colocação de próteses testiculares e faloplastia;

Outras cirurgias indicadas:

- em transexuais masculinos: redução plástica da cartilagem tireoide, lipoaspiração da cintura e do quadril, rinoplastia, redução dos ossos da face e blefaroplastia;

- em transexuais femininos: lipoaspiração dos quadris, nas coxas e nádegas.

Saadeh (2011) afirma que, a partir desses padrões estabelecidos pela experiência adquirida pela WPATH (2011) em anos de trabalho, pesquisa e estudos estandardizou o atendimento da população que sofre de transtornos de identidade de gênero, mas sempre levando em consideração as especificidades de cada país, sua legislação e cultura.

Especificamente no Brasil, a resolução do CFM de 2010 autoriza a realização de cirurgia de redesignação sexual do tipo neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo masculino e também as cirurgias de redesignação sexual do tipo mastectomia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo feminino, mas mantém a neofaloplastia como experimental. Além disso, assume que a definição de transexualismo obedecerá, no mínimo, aos seguintes critérios:

1. desconforto com o sexo anatômico natural;
2. desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
3. permanência desse distúrbio de forma contínua e consistente por pelo menos dois anos;
4. ausência de outros transtornos mentais.

A seleção dos pacientes para cirurgia de transgenitalismo obedecerá à avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social, segundo os critérios definidos, após dois anos de acompanhamento conjunto:

- diagnóstico médico de transexualismo;
- maior de 21 anos;
- ausência de características inapropriadas para cirurgia;
- consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução CNS nº 196/1996;
- as cirurgias para adequação do fenótipo feminino para masculino poderão ser praticadas em hospitais, públicos ou privados, com exceção da neofaloplastia, que permanece restrita aos hospitais universitários ou hospitais públicos adequados à pesquisa;
- as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para feminino poderão ser praticadas em hospitais, públicos ou privados, independentemente da atividade de pesquisa.

3.5 Legislação para transtorno de identidade sexual

No Brasil, só a partir de 1997 o CFM se interessa pelo atendimento à população transexual, até então desassistida. A primeira Resolução CFM nº 1.482/1997, que autoriza a cirurgia em hospitais públicos e/ou universitários ligados a pesquisa, regulamenta onde e como os transexuais seriam atendidos (CFM, 1997).

A Resolução nº 1.652/2002 reformulou a de 1997, ampliando o artigo já disposto sobre o atendimento e os critérios para a cirurgia e destacando que as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para feminino poderiam ser praticadas em quaisquer hospitais públicos ou privados,

independentemente da atividade de pesquisa, mas que as cirurgias para adequação do fenótipo feminino para masculino só poderiam ser praticadas em hospitais universitários ou hospitais públicos adequados à pesquisa (CFM, 2002).

A Resolução que vigora atualmente, nº 1.955/2010, reformula a de 2002, ampliando a questão cirúrgica para os transexuais femininos. Tal Resolução dispõe:

- Autorizar a cirurgia de redesignação sexual do tipo neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo.
- Autorizar, ainda a título experimental, a realização de cirurgia do tipo neofaloplastia.
- Que a definição de transexualismo obedecerá, no mínimo, aos critérios abaixo enumerados:
 - 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 desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
 - ausência de outros transtornos mentais;
 - que a seleção dos pacientes para cirurgia de transgenitalismo obedecerá a avaliação de equipe multidisciplinar constituída por

médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, obedecendo os critérios a seguir definidos, após, no mínimo, dois anos de acompanhamento conjunto:

- diagnóstico médico de transgenitalismo;
 - maior de 21 (vinte e um) anos;
 - ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia.
- i. O tratamento do transgenitalismo deve ser realizado apenas em estabelecimentos que contemplem integralmente os pré-requisitos estabelecidos nesta resolução, bem como a equipe multidisciplinar.
 - ii. O corpo clínico desses hospitais, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, deve ter em sua constituição os profissionais previstos na equipe citada acima, aos quais caberão o diagnóstico e a indicação terapêutica.
 - iii. As equipes devem ser previstas no regimento interno dos hospitais, inclusive contando com chefe, obedecendo aos critérios regimentais para a ocupação do cargo.
 - iv. Em qualquer ocasião, a falta de um dos membros da equipe ensejará a paralisação de permissão para a execução dos tratamentos.
 - v. Os hospitais deverão ter comissão ética constituída e funcionando dentro do previsto na legislação pertinente.
 - vi. Deve ser praticado o consentimento livre e esclarecido.

A Resolução destaca que as cirurgias para adequação do fenótipo, seja feminino para masculino ou o contrário, podem ser feitas em qualquer

hospital público ou privado, independentemente da atividade de pesquisa, desde que este disponha de uma equipe multidisciplinar responsável pelo tratamento como um todo (CFM, 2010).

Ainda no âmbito jurídico, a Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 (Brasil, 2008a), define as Diretrizes Nacionais para o Processo Transexualizador, que abarca todo o processo de tratamento do transexual, desde a triagem até a cirurgia de adequação sexual, no SUS, a ser implantado em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, com as seguinte diretrizes:

- Considerando a necessidade de se estabelecerem as bases para as indicações, organização da rede assistencial, regulação do acesso, controle, avaliação e auditoria do processo transexualizador no SUS;
- Considerando a pactuação ocorrida na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), do dia 31 de julho de 2008, resolve:
 - Instituir, no âmbito do SUS, o processo transexualizador a ser empreendido em serviços de referência devidamente habilitados à atenção integral à saúde aos indivíduos que dele necessitem, observadas as condições estabelecidas na Resolução nº 1.652, de 6 de novembro de 2002, expedida pelo Conselho Federal de Medicina.
 - Estabelecer que sejam organizadas e implantadas, de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, as ações para o processo transexualizador no âmbito do SUS, permitindo:

- integralidade da atenção, não restringindo nem centralizando a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de redesignação sexual e de demais intervenções somáticas, aparentes ou não;
 - humanização da atenção, promovendo um atendimento livre de discriminação, inclusive pela sensibilização dos trabalhadores e dos demais usuários do estabelecimento de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana;
 - a fomentação, a coordenação a e execução de projetos estratégicos que visem ao estudo de eficácia, efetividade, custo/benefício e qualidade do processo transexualizador; e
 - a capacitação, a manutenção e a educação permanente das equipes de saúde em todo o âmbito da atenção, enfocando a promoção da saúde, da primária à quaternária, e interessando os polos de educação permanente em saúde.
- Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS-MS) que, isoladamente ou em conjunto com outras áreas e agências vinculadas ao Ministério da Saúde, adote as providências necessárias à plena estruturação e implantação do processo transexualizador no SUS, definindo os critérios mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços.

A Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008 (Brasil, 2008b), regulamenta procedimentos para a realização da cirurgia pelo SUS definindo como unidade de atenção especializada no processo transexualizador a unidade hospitalar que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica

especializada aos indivíduos com indicação para a realização do processo transexualizador e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados a esse tipo de atendimento. Determina ainda que as Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, em Gestão Plena do Sistema, estabeleçam os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contra referência dos pacientes e, ainda, adotem as providências necessárias para que haja a articulação assistencial entre os serviços e considerem a distribuição geográfica para a definição das unidades de assistência.

Já a Portaria N° 233, de 18 de maio de 2010 (Brasil, 2010), assegura aos servidores públicos, no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, o uso do nome social adotado por travestis e transexuais. Segundo a Portaria, entende-se por nome social aquele pelo qual essas pessoas se identificam e são identificadas pela sociedade. Portanto:

- Fica assegurada a utilização do nome social mediante requerimento da pessoa interessada, nas seguintes situações:
 - I. cadastro de dados e informações de uso social;
 - II. comunicações internas de uso social;
 - III. endereço de correio eletrônico;
 - IV. identificação funcional de uso interno do órgão (crachá);
 - V. lista de ramais do órgão; e
 - VI. nome de usuário em sistemas de informática.

§1º No caso do inciso IV, o nome social deverá ser anotado no

anverso, e o nome civil no verso da identificação funcional.

§2º No Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE), será implementado campo para a inscrição do nome social indicado pelo servidor.

A partir dessa Portaria, não só os servidores, mas todos os usuários de serviços públicos têm garantido o uso do nome social em detrimento do nome civil.

Segue a tabela com a síntese das leis supramencionadas.

Tabela 6 – Legislação para transexuais

RESOLUÇÕES	EMENTA	DESTAQUE
Resolução nº 1.482/1997	Regulamenta cirurgia de transgenitalização.	Primeira resolução que autoriza o tratamento ao transexual
Resolução nº 1.652/2002	“Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/1997.”	Segunda resolução que autoriza o tratamento ao transexual
Resolução nº 1.955/2010	“Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/2002.”	Terceira resolução que autoriza o tratamento ao transexual
PORTARIAS		
Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.	processo transexualizador
Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008	Considerando a necessidade de apoiar os gestores do SUS na regulação, avaliação e controle da atenção especializada no que concerne ao processo transexualizador.	processo transexualizador

[continua]

Portaria nº 233, de 18 de maio de 2010	“Assegura aos servidores públicos, no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, o uso do nome social adotado por travestis e transexuais.”	nome social para servidores públicos
PARECER TÉCNICO		
Parecer Técnico nº 141/2009, da SECAD/MEC	Em relação ao uso de nome social de travestis e transexuais.	nome social em escolas
LEI		
Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006	“Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências”, que em seu art. 2º, caput, estabelece que “toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social” e em seu art. 5º, parágrafo único, determina que “as relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual”.	Lei Maria da Penha

[continua]

**AÇÃO DIRETA DE
INCONSTITUCIONALID
ADE**

Ação Direta de
Inconstitucionalidade (ADI)
nº 4.275, de 21 de julho de
2009

Por meio da qual a Procuradoria
Geral da República (PGR), que o
STF reconheça o direito das/os
transexuais que assim o
desejarem à substituição de
prenome e sexo no registro civil,
independentemente de cirurgia
de transgenitalização.

FONTE: Elaborada pela autora.

4 PSICOLOGIA FORENSE

4.1 Definição

A psicologia jurídica é um ramo da psicologia clínica que visa atender às questões judiciais. Sua sustentação teórica diz respeito aos modelos clínicos de investigação (testes aplicados para hipótese diagnóstica) e aos modelos jurídicos e médico-legais. Diferentemente da prática clínica, ela tem um caráter normativo a que compete ditar as normas para o entendimento da totalidade dos processos judiciais envolvidos na fase processual, caracterizando-se nesse momento como psicologia forense (López, 2007).

Segundo Caires (2003), a psicologia forense advém da psiquiatria forense e se propõe a esclarecer as questões judiciais específicas que aparecem nas fases de instrução ou processual. Atende às varas criminal, civil, da família e sucessões e do menor e adolescente, entre outras. O psicólogo forense é quem faz o psicodiagnóstico pericial e emite o laudo ou parecer psicológico.

4.2 Elaboração de documentos

Segundo o Código de Ética do Conselho Federal de Psicologia (CFP) nº 010 (CFP, 2005), o laudo psicológico deve ser realizado de acordo com o manual de elaboração de documentos decorrentes de avaliações psicológicas, encontrado na Resolução nº 007, de 2003 (CFP, 2003).

No manual, a avaliação psicológica é entendida como o processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos que resultam da relação do indivíduo com a sociedade, utilizando-se, para tanto, de estratégias psicológicas (métodos, técnicas e instrumentos). Os resultados das avaliações devem considerar e analisar os condicionantes históricos e sociais e seus efeitos no psiquismo, servindo como instrumentos para atuar não só sobre o indivíduo, mas na modificação desses condicionantes que operam desde a formulação da demanda até a conclusão do processo de avaliação psicológica.

A elaboração ética do documento do psicólogo deve conter, na linguagem escrita, uma redação bem estruturada e definida, expressando claramente o que pretende comunicar e quem é seu alvo. As informações serão baseadas na observância dos princípios e dispositivos do Código de Ética Profissional do Psicólogo, preservando o sigilo profissional em relação ao paciente, identificando riscos e compromissos quanto ao uso das informações presentes nos documentos no que tange às relações de poder quando estas se destinarem a processos judiciais. É proibida a aplicação de qualquer instrumento, método ou técnica psicológica institucionais ou idealizados que perpetuem a segregação dos diferentes modos de subjetivação. Sempre que necessário, deve-se fazer uma intervenção na própria demanda e construir um projeto de trabalho que reformule os condicionantes que levaram ao sofrimento psíquico, à violação de direitos humanos e à manutenção de estruturas de poder que sustentam condições

de dominação e segregação. A demanda de produção escrita deve sempre ser compreendida como efeito de uma situação de grande complexidade.

De acordo com os princípios técnicos, o processo de avaliação psicológica deve considerar que seu objeto (as questões de ordem psicológica) tem determinações históricas, sociais, econômicas e políticas que são constitutivas no processo de subjetivação. O documento, portanto, deve considerar a natureza dinâmica, não definitiva e não cristalizada de seu objeto de estudo (CFP, 2003).

Os documentos produzidos pelo psicólogo devem pautar-se exclusivamente nos instrumentais técnicos (observações, entrevistas, testes, dinâmicas de grupo, escuta, intervenções verbais) que se configuram como métodos e técnicas psicológicas para coleta de dados, estudos e interpretações de informações a respeito da pessoa ou do grupo, bem como sobre outros materiais e documentos produzidos anteriormente e atinentes à matéria em tela. Devem ainda se restringir às informações que se fizerem necessárias, preterindo qualquer consideração alheia à sua finalidade.

Conforme a Resolução do CFP (2003), são modelos de documentos elaborados por psicólogos declarações, atestados psicológicos, relatórios/laudos psicológicos e parecer psicológicos, sendo que apenas os relatórios/laudos decorrem de avaliação psicológica, embora muitas vezes os outros também apareçam dessa forma.

Neste trabalho, consideramos apenas a elaboração de laudos e pareceres psicológicos, pois são os instrumentos possivelmente produzidos

para a mudança de prenome, mesmo tendo em conta que parecer não é adequado por não derivar de uma avaliação psicológica.

Segundo o manual (CFP, 2003), o relatório ou laudo psicológico é uma apresentação descritiva de situações e/ou condições psicológicas e suas determinações históricas, sociais, políticas e culturais levantadas no processo de avaliação psicológica. Como todo documento, deve ser subsidiado por dados colhidos e analisados à luz de um instrumental técnico (entrevistas, dinâmicas, testes psicológicos, observação, exame psíquico, intervenção verbal) e consubstanciado em referencial técnico-filosófico e científico adotado pelo psicólogo. Visa apresentar os procedimentos e as conclusões geradas pelo processo da avaliação psicológica, relatando o encaminhamento, as intervenções, o diagnóstico, o prognóstico e a evolução do caso, a orientação e a sugestão de projeto terapêutico, bem como, se necessário, a solicitação de acompanhamento psicológico, limitando-se a fornecer as informações necessárias à demanda, solicitação ou petição.

O relatório/laudo psicológico deve conter, no mínimo, identificação, descrição da demanda, procedimento, análise e conclusão.

O parecer é um documento fundamentado e resumido sobre uma questão focal do campo psicológico cujo resultado pode ser indicativo ou conclusivo; tem como finalidade dar resposta esclarecedora, no campo do conhecimento psicológico, por meio de uma avaliação especializada, de uma questão-problema, visando dirimir dúvidas que interfiram na decisão; é, portanto, uma resposta a uma consulta cuja resposta exige competência no

assunto. O parecer é composto de quatro itens: identificação, exposição de motivos, análise e conclusão (CFP, 2003).

A discussão do parecer psicológico consiste na análise minuciosa da questão explanada e argumentada com base nos fundamentos necessários existentes, seja na ética, na técnica ou no corpo conceitual da ciência psicológica.

Os documentos escritos decorrentes de avaliação psicológica, bem como todo o material que os fundamentou, devem ser guardados pelo prazo mínimo de cinco anos, observando-se a responsabilidade por eles tanto do psicólogo quanto da instituição em que ocorreu a avaliação psicológica. Segundo o manual (CFP, 2003), esse prazo pode ser estendido nos casos previstos em lei, por determinação judicial, ou em casos específicos.

5 ASPECTOS BIOÉTICOS

5.1 Definição

Segundo Vieira (2003), a inclusão do estudo do transexualismo na bioética se deve ao fato de o assunto dizer respeito à dignidade da pessoa humana, aos princípios da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), à licitude, à condição ética da intervenção cirúrgica e à multidisciplinaridade.

A bioética, ou ética da vida, surge de uma derivação de questões éticas debatidas no meio de pesquisas e em laboratórios, com os cientistas se perguntando como ela está envolvida em determinados procedimentos científicos. Começa a ser discutida a partir da década de 1970, nos EUA, depois, na década de 1980, na Europa, e, na década de 1990, nos países em desenvolvimento. Definida primeiramente por Potter (1971) como ciência da sobrevivência humana, a ideia inicial da bioética era promover a qualidade de vida.

A bioética já passou por diferentes estágios. A Escola de Wisconsin, onde se originou o conceito proposto por Potter, entendeu-a no sentido global, envolvendo biologia, ecologia e meio ambiente. Já a Escola de Georgetown, do Instituto Kennedy, viu-a essencialmente como um ramo da filosofia. Atualmente, no estágio da bioética global, a gama de problemas se ampliou muito e obrigou os eticistas a considerarem disciplinas para além de suas especificidades e, assim, estabelecer fronteiras com diversos campos

do conhecimento como direito, medicina, religião, filosofia, antropologia, teologia, psicologia e outros (Pellegrino, 1999). Portanto, um dos seus aspectos mais marcantes é o diálogo multidisciplinar num contexto pluralista (Engelhardt, 1998).

Segundo Beauchamp e Childress (1989), a bioética se baseia em alguns princípios fundamentais:

- a) autonomia – entendida como o direito de o paciente usar plenamente sua razão, responsabilidade e capacidade para estabelecer o que ele gostaria nas situações limites.
- b) beneficência – fazer o bem, ou seja, fazer o que se deseja para todos em quaisquer circunstâncias.
- c) não maleficência – não fazer o mal, ou seja, é o princípio geral para todo serviço de saúde. É o trabalho com o ser humano não experimental e não prejudicial.
- d) justiça – reconhecer a vida de todos com equidade de bens e benefícios, sem julgar valores ou condições econômicas, raciais, sexuais ou sociais.

5.2 Aspectos bioéticos e jurídicos nas questões do transexualismo

Aspectos jurídicos e bioéticos tangem a questão transexual desde o diagnóstico e o tratamento cirúrgico até a completa ressocialização do indivíduo mediante a alteração de seu registro civil.

A inclusão do estudo do transexualismo na bioética tem suscitado grande interesse, por sua indiscutível atualidade e característica polêmica em vários campos da ciência como a antropologia, a medicina, a psicologia e o direito (Vieira, 2003; Barbosa; Schramm, 2012).

Segundo Barbosa e Schramm (2012), a questão da autonomia pode ser reconhecida por intermédio do processo transexualizador, que pressupõe a escolha livre da cirurgia e de um órgão competente para realizá-la. Quanto à beneficência e à não maleficência, os autores reputam-nas:

[...] questionáveis, na medida em que o tratamento dos transexuais pode agravar os problemas de toda ordem enfrentados nas relações sociais, enquanto não obtida a alteração do seu nome e sexo na forma legal (Barbosa; Shramm, 2012, p. 27).

Marcolino e Cohen (2008) referem o quesito da justiça como questão da saúde e como um direito de todos, visando a garantia da distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde. De acordo com isso, Barbosa e Schramm (2012) afirmam que, nos casos de transtorno de identidade sexual em adultos, os benefícios, riscos e custos estão parcialmente garantidos pelo SUS no processo transexualizador, pela possibilidade do tratamento psicológico, hormonal e cirúrgico.

De acordo com a OMS (1993), saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de uma doença ou enfermidade. Nos casos de transtorno de identidade sexual em adultos, há considerações urgentes sobre a condição dessa população e o sofrimento decorrente dos obstáculos encontrados com o nome civil incongruente à aparência física (Barbosa; Schramm, 2012).

Enquanto não for assegurado o reconhecimento da nova qualificação civil do transexual, não haverá um estado de bem-estar mental e social, dentro do possível de ser alcançado (p. 27).

Segundo Vieira (2000), o direito do transexual à adequação de sexo e a um novo prenome está ancorado no direito ao próprio corpo, à saúde (arts. 60 e 196 da Constituição Federal) e principalmente no direito à identidade sexual, tratando-se de um direito da personalidade.

Nessa questão, o sexo jurídico do transexual, que é idêntico ao sexo biológico, difere do sexo psicológico, o que acarreta grandes constrangimentos e complicações legais. Segundo Teixeira (2004), não possibilitar a adequação do prenome e do sexo ao sexo psicológico do transexual acarreta-lhe constantes situações de humilhação, por portar documentos que não condizem com a identificação do papel de gênero aparente.

Portanto, Vieira (2008), Teixeira (2004) e Barbosa e Schramm (2012) afirmam que a lei brasileira ainda não prevê expressamente a possibilidade da adequação jurídica do prenome e do sexo ao transexual. Esses autores colocam ainda que não basta promulgar uma lei capaz de prever a alteração cirúrgica de adequação de sexo, mas deve-se também rever a alteração do registro civil como uma possibilidade terapêutica, permitindo um manejo completo das questões atinentes ao transexual. Tendo em conta tais posicionamentos relativos ao papel da justiça e do Estado perante questões de saúde, evidenciam-se os aspectos subjetivos nos casos de disponibilização de tratamento e ressocialização pela alteração de registro civil para indivíduos com diagnóstico de transexualismo (Viera, 2008; Teixeira, 2004; Barbosa; Schramm, 2012).

6 METODOLOGIA

Baseados na hipótese deste estudo, que visa verificar se o laudo psicológico é relevante ou não na decisão judicial para alteração de registro civil de indivíduos com diagnóstico de transexualismo, adotamos o método quantitativo demonstrativo e descritivo de análise de laudos psicológicos e sentenças judiciais para mudança de prenome de indivíduos com diagnóstico de transexualismo masculino e feminino, submetidos ou não a cirurgia de redesignação sexual.

Complementarmente, fizemos uma avaliação qualitativa visando a possibilidade de complementar um conjunto de fatos e causas associados ao emprego de metodologia quantitativa com uma visão da natureza dinâmica da realidade. Avaliando como os centros de referência elaboram os laudos solicitados pelos transexuais para alteração de prenome e sexo, na intenção de complementar o estudo e compreender alguns vieses da perspectiva dos agentes envolvidos no fenômeno.

Definimos como variável dependente o deferimento ou não da mudança do prenome dos transexuais masculinos e femininos, ou seja, uma variável dicotômica para a descrição do êxito ou não na solicitação de mudança do prenome.

As variáveis independentes foram tratadas categorialmente, e, entre elas, podemos citar: idade contínua, sexo biológico/sexo social, etapa do tratamento para mudança de sexo e hospital de referência.

As variáveis de cada sentença foram cruzadas isoladamente e em conjunto, para identificar possíveis associações com um parecer favorável ou desfavorável da parte do juiz.

Mapeou-se a população que busca a alteração no registro civil a partir dos dados das sentenças contidas nos processos para alteração de prenome, traçando um perfil nacional segundo os critérios definidos pelo SUS e em todos os serviços credenciados pelo SUS para a realização do processo transexualizador.

6.1 Método de análise e instrumentos de coleta

Como instrumento de coleta quantitativa, usamos a análise das sentenças judiciais e dos laudos psicológicos, procurando sistematizar quantitativa e descritivamente as informações contidas nas sentenças judiciais, bem como dados demográficos, sociais e do tratamento (forma e linha temporal) e especificidades da população transexual, para assim:

- a) investigar e classificar a relação entre as variáveis;
- b) observar a influência das variáveis independentes na sentenças;
- c) observar sistemática e estruturadamente situações previamente definidas, nos laudos ou pareceres psicológicos para mudança de prenome dos transexuais femininos e masculinos, com a definição da variável dicotômica (solicitação deferida ou indeferida) e das variáveis independentes categorizadas (idade, sexo biológico/sexo social, origem, região do país que habita e etapa do tratamento para

mudança de sexo).

A partir da análise quantitativa, procuramos:

- quantificar os dados coletados em gráficos, tabelas e/ou quadros; e
- usar os testes específicos com um modelo de regressão logística para analisar estatisticamente as possíveis relações entre variáveis.

Por meio da análise da informação, as técnicas estatísticas devem concorrer para sua validação e a reinterpretação das observações qualitativas, permitindo conclusões congruentes e intersecção dos dados para uma análise mais dinâmica.

Complementarmente, como instrumento de coleta qualitativo, realizamos uma entrevista aberta, focalizada, no intuito de verificar qual é o protocolo de cada centro referenciado quanto à elaboração do laudo para alteração de prenome e/ou sexo dos transexuais. Questionamos sobre quem é o profissional responsável pela produção e emissão do laudo, qual é o conteúdo desse laudo e quando ele é realizado.

6.2 Justificativa

Segundo Vieira (2008), a alteração do prenome e sexo do transexual é aconselhável quando confirmada a neurodiscordância de gênero, buscando, dessa forma, evitar conflitos e exposições constantes a essa população. Sendo legítima a necessidade de o transexual buscar harmonizar o carácter masculino ou feminino a sua aparência e ao sexo almejado/desejado.

Tal parecer jurídico embasa este estudo, cuja hipótese é a possível relevância do laudo psicológico na decisão/sentença judicial para alteração de registro civil de indivíduos com diagnóstico de transexualismo.

Com isso, analisamos a importância dos laudos psicológicos nas sentenças judiciais para mudança de prenome em transexuais masculinos ou femininos, expedidos por hospitais regulamentados para o processo transexualizador do SUS, Portaria Nº 457 do Ministério da Saúde, além de caracterizar as variáveis sociais e demográficas da população estudada.

6.3 Viabilidade da pesquisa

Os processos de mudança de prenome para transexuais masculinos e femininos foram captados nos centros de referência credenciados para realizar a cirurgia de transexualização pelo SUS por intermédio da Portaria GM/MS Nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que define as diretrizes nacionais para o processo transexualizador no SUS.

O credenciamento dos centros de referência foi divulgado pela Portaria SAS Nº 457, publicada no dia 20 de agosto de 2008 no *Diário Oficial da União* (DOU). São eles: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCUFRGS), Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e Hospital das Clínicas de Goiás (HCGO).

Os sujeitos que disponibilizaram os processos de mudança de prenome já arquivados pela justiça foram captados por intermédio da equipe

multidisciplinar que trabalha com essa população nos centros credenciados. Estes disponibilizaram o nome e os contatos dos pacientes que atendiam aos critérios de inclusão deste estudo.

A partir da lista de contatos resultante, procuramos essa população para informá-la sobre a pesquisa e verificar seu interesse em participar. Após o consentimento dos participantes, buscamos nos diversos fóruns os processos e os caracterizamos, avaliando as sentenças.

6.4 Casuística

Na pré-pesquisa, o tamanho da amostra foi estimado com base no número de pacientes do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ-HCFMUSP) que até então tinham feito o processo de mudança de prenome, resultando em 15.

Consultado um profissional de estatística do Instituto de Matemática e Estatística da USP (IME-USP), verificamos a impossibilidade de estimar estatisticamente o tamanho da amostra. Assim, como proposta de provável tamanho mínimo da amostra, estimou-se em 40 o número de processos para este estudo, a partir do tamanho estimado da amostra, de 15 pacientes no IPQ-HCFMUSP com o perfil da pesquisa e eventuais não aceites de participação no presente estudo, considerando um total de quatro hospitais que participam do processo transexualizador do SUS.

6.5 Critérios de Inclusão

Foram critérios de inclusão da população estudada nesta pesquisa:

- ter mais de 21 anos;
- ter diagnóstico de transexualismo;
- ter processo judicial para mudança de prenome encerrado;
- ter pertencido ou pertencer ao processo transexualizador de um dos hospitais credenciados pelo SUS.

6.6 Critérios de exclusão

Foram critérios de exclusão da população estudada nesta pesquisa:

- não ter diagnóstico definitivo de transexualismo;
- não dispor dos dados necessário para a pesquisa;
- ter processo inconcluso.

7 RESULTADOS

Neste trabalho, os dados compilados referem-se à amostra dos seguintes hospitais: HCGO – Goiânia, HCFMUSP – São Paulo e HUPE/UERJ – Rio de Janeiro. O centro de Porto Alegre – HCRGS não enviou dados relativos a sua amostra.

Obtivemos os dados de 55 sujeitos que entraram com processo de mudança de prenome e/ou prenome e sexo dos três centros que colaboraram com o estudo. Conforme apresentado no Gráfico 1, a distribuição da amostra por hospital de referência em processo transexualizador aponta que 24 (43,65%) dos sujeitos participaram pelo HUPE/UERJ, 18 (32,70%) pelo HCGO, 13 (23,65%) pelo HCFMUSP e 0% (nenhum) pelo HCRGS.

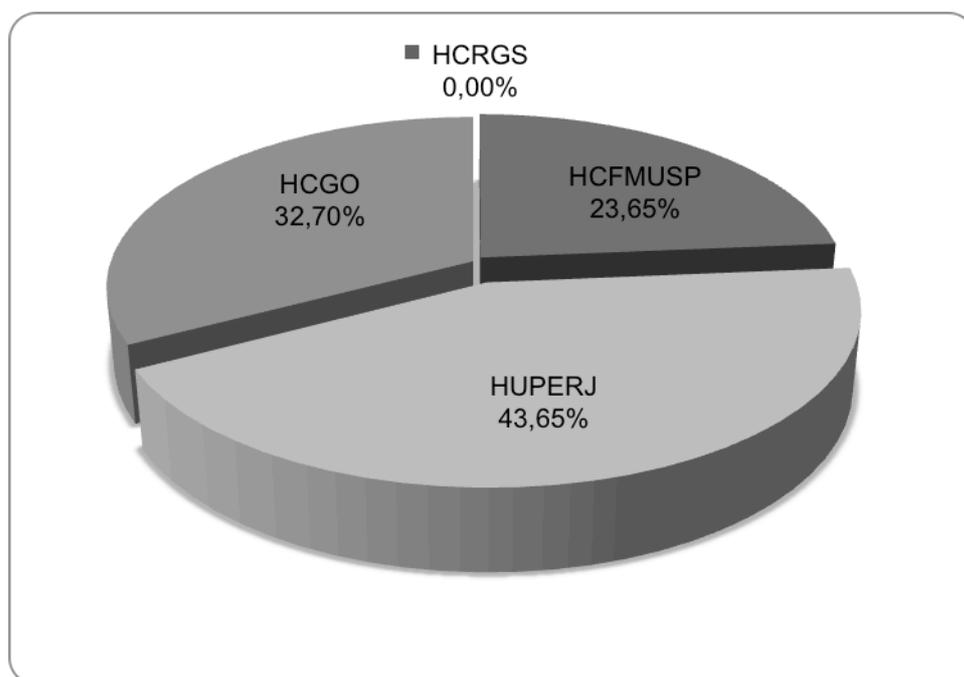


Gráfico 1 – Distribuição da amostra por hospital de referência em processo transexualizador

Desses 55 sujeitos, 45 (81,80%) são MTF e 10 (18,20%) são FTM, o que gera entre eles uma proporção de 9:2.

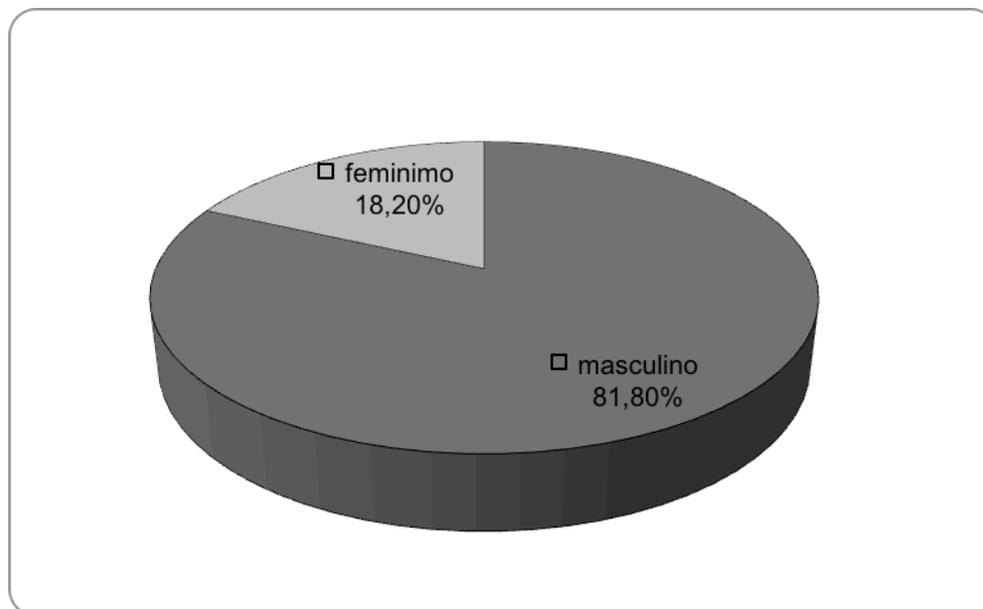


Gráfico 2 – Sexo biológico dos transexuais

Na análise das idades da amostra, disponíveis em apenas 18 das 55 sentenças, sendo 17 MTF e um FTM, com uma média de 35,72 anos.

Tabela 7 – Média de idade no momento da publicação da sentença

	N	média
MTF	17	35,18
FTM	1	45,00
total	18	35,72

A distribuição dos pacientes por sexo biológico e por hospital de referência se encontra na Tabela 8. No HCFMUSP, oito (61,50%) apresentavam sexo biológico masculino (MTF) e cinco (38,50%), sexo biológico feminino (FTM). No HCGO, 16 (88,90%) pacientes eram MTF e

dois (11,10%), FTM. No HUPE/UERJ, 21 (87,50%) eram MTF e três (12,50%), FTM.

Tabela 8 – Contingência do sexo biológico por hospital de referência

hospital de referência	sexo		total
	Masculino	feminino	
HCFMUSP	8	5	13
	61,50%	38,50%	100,00%
HCGO	16	2	18
	88,90%	11,10%	100,00%
HUPE/UERJ	21	3	24
	87,50%	12,50%	100,00%
TOTAL	45	10	55
	81,90%	18,10%	100,00%

Dessas sentenças, como vemos no Gráfico 2, 52 (94,50%) foram deferidas, e apenas três (5,50%) indeferidas pelo juiz.

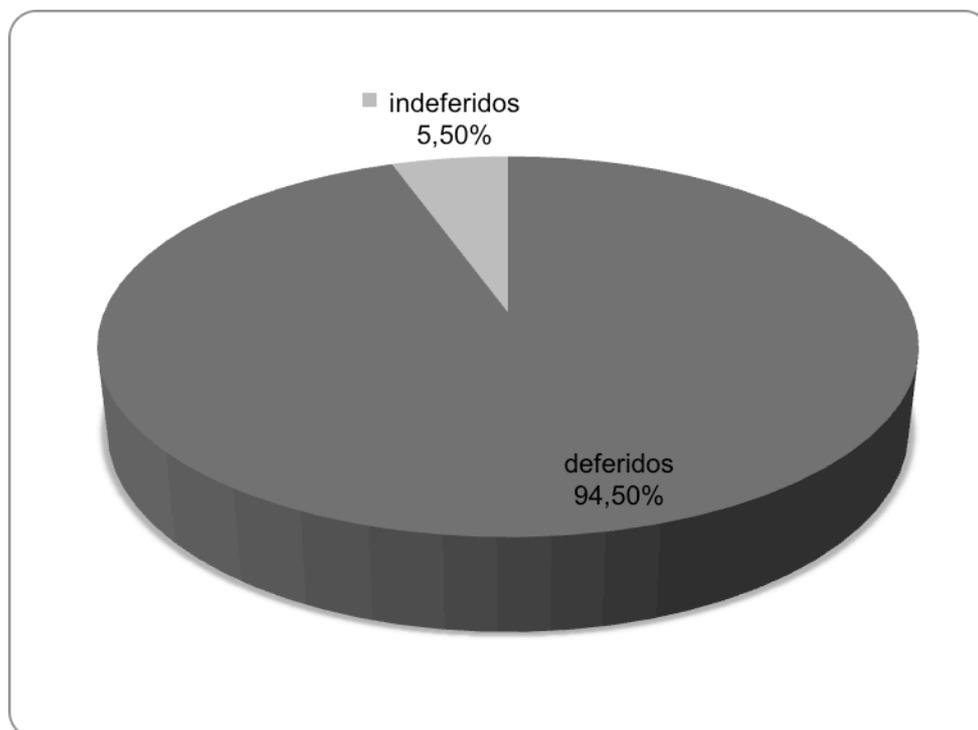


Gráfico 3 – Status do processo para mudança de prenome pós-sentença

Quanto ao sexo biológico, pela decisão judicial (Tabela 9), três (21,80%) sentenças foram indeferidas, todas pertencentes a pacientes do sexo biológico masculino, o que representa 5,50% das sentenças, dos 55 processos analisados.

Tabela 9 – Sexo biológico por sentença deferida

sexo biológico X deferido			
sexo biológico	sim	não	
masculino	42	3	
	78,20%	21,80%	100,00%
feminino	10	0	
	100,00%	0,00%	100,00%
Total	52	3	55
	94,50%	5,50%	100,00%

Conforme a Tabela 10, entre os pacientes egressos do HCFMUP, duas sentenças foram indeferidas, representando 15,40% do total de 13 sentenças nesse hospital. No HCGO, uma sentença foi indeferida, representando 5,50% do total de 18 sentenças nesse hospital. No HUPE/UERJ, nenhum dos processos apresentados pelos pacientes que participaram de nossa amostra teve sua sentenças indeferida.

No total de nossa amostra, observamos uma taxa de 52 casos deferimento das solicitações judiciais (94,50%) e três casos de indeferimento (5,50%), para a amostra total de pacientes (N = 55).

Tabela 10 – Contingência do *status* da sentença por hospital de referência

deferido			
hospital de referência	sim	não	total
HCFMUSP	11	2	13
	84,60%	15,40%	100,00%
HCGO	17	1	18
	94,40%	5,60%	100,00%
HUPE/UERJ	24	0	24
	100,00%	0,00%	100,00%
Total	52	3	55
	94,50%	5,50%	100,00%

Na Tabela 11, apresenta-se a relação de cirurgias por hospital de referência. No HCFMUSP, 11 (84,60%) pacientes foram operados, contra dois (15,40%) que não foram operados previamente. No HCGO, 17 (94,40%) pacientes foram operados, contra um (5,60%) que não foi operado. No HUPE/UERJ, 21 (87,50%) pacientes foram operados, contra três (12,50%) que não foram operados. No total, 49 (89,10%) pacientes foram operados e seis (10,90%) não foram operados.

Tabela 11 – Contingência do hospital de referência por cirurgia

Cirurgia			
hospital de referência	sim	Não	total
HCFMUSP	11	2	13
	84,60%	15,40%	100,00%
HCGO	17	1	18
	94,40%	5,60%	100,00%
HUPE/UERJ	21	3	24
	87,50%	12,50%	100,00%
total	49	6	55
	89,10%	10,90%	100,00%

No quesito cirurgia, 49 (89,10%) sujeitos foram submetidos à cirurgia de redesignação sexual, enquanto seis (10,90%) ainda não o foram.

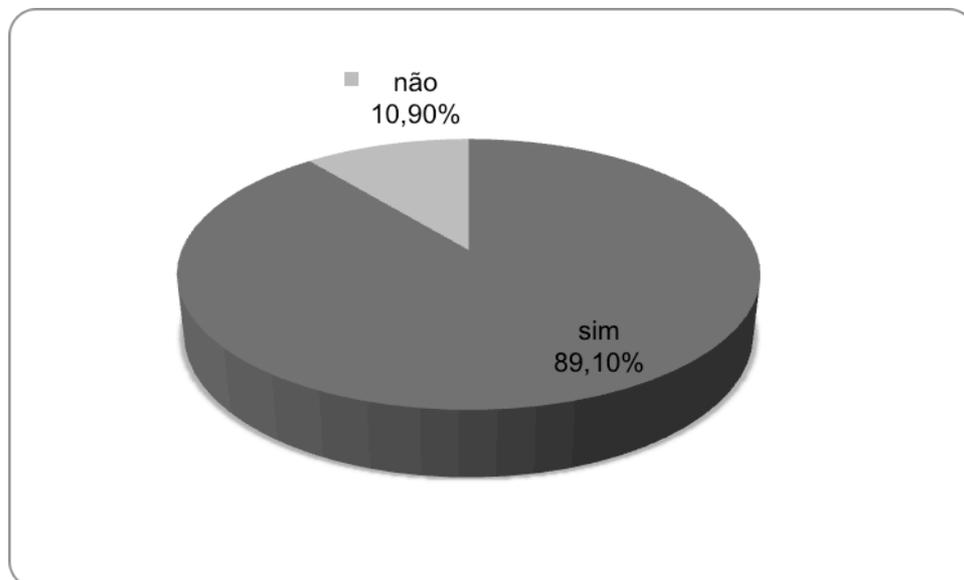


Gráfico 4 – Cirurgias de redesignação sexual realizadas

Na Tabela 12, observamos que todos os 49 sujeitos que haviam se submetido ao processo cirúrgico tiveram sua sentença deferida. Dos seis sujeitos que ainda não passaram pela cirurgia, três tiveram a sentença deferida e outros três, indeferida.

Comparando as sentenças em relação ao deferimento e à cirurgia, obtivemos significância estatística pelo teste exato de Fisher, com $P = 0,001$.

Tabela 12 – Contingência de sentença deferida por cirurgia realizada

cirurgia	deferida		
	sim	não	
sim	49	0	49
	100,0%	0,0%	100,0%
não	3	3	6
	50,0%	50,0%	100,0%
total	52	3	55
	94,50%	5,50%	100,00%

Analisando os processos da nossa amostra, conforme demonstrado no Gráfico 4, das 55 sentenças, 49 (82,10%) não apresentavam laudo psicológico, e apenas seis (10,90%) sentenças faziam referência ao laudo psicológico.

Observando a relação entre o laudo psicológico e o resultado da decisão dos juízes, observamos que houve uma correlação negativa, com $P = 0,037$ pelo teste exato de Fisher.

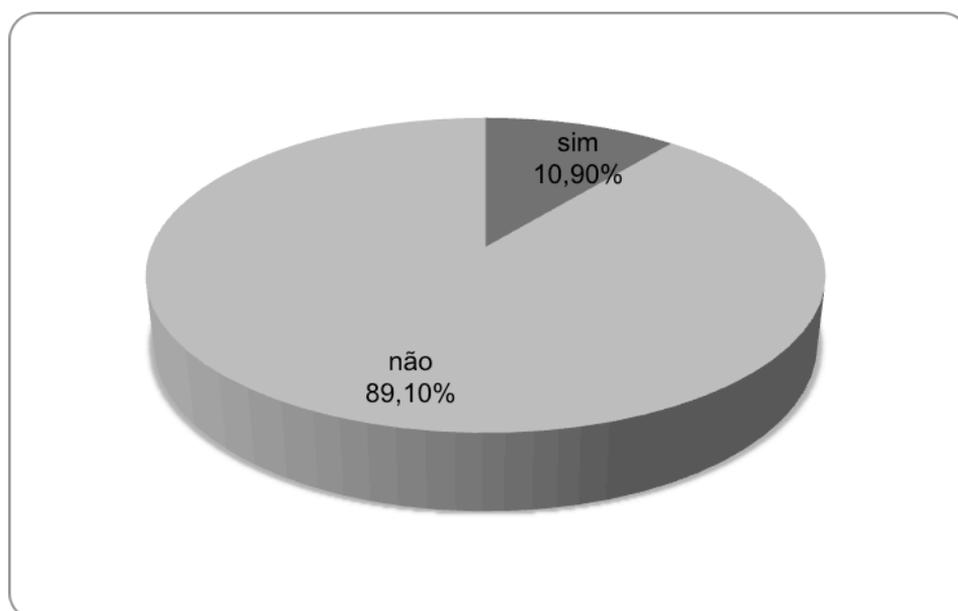


Gráfico 5 – Laudo psicológico citado pelo juiz na sentença do processo para mudança de prenome

Entre as seis sentenças em que se mencionava o laudo psicológico, a Tabela 13 mostra três do HCFMUSP e três, do HCGO; no HUPE/UERJ, nenhum laudo psicológico foi referido na sentença. Observamos no HCFMUSP referência em 23,10% e 16,70%, no HCGO.

Tabela 13 – Contingência de laudo psicológico por hospital de referência

hospital de referência	laudo psicológico		total
	sim	Não	
HCFMUSP	3	10	13
	23,10%	76,90%	100,00%
HCGO	3	15	18
	16,70%	83,30%	100,00%
HUPE/UERJ	0	24	24
	0,00%	100,00%	100,00%
total	6	49	55
	10,90%	89,10%	100,00%

Desses seis laudos psicológicos encontrados na amostra, os três que pertenciam a pacientes do HCGO foram elaborados por peritos do Instituto Médico Legal (IML), em avaliação pericial solicitada pelo Ministério Público. Dos laudos mencionados nas sentenças de pacientes do HCFMUSP, um era de um psicólogo particular contratado pela parte e os outros dois, de peritos do IML, em avaliação pericial solicitada ora pelos juízes, ora pelo promotor de justiça. Tal fato os descaracteriza, de acordo com os critérios do estudo, invalidando sua verificação quanto à eventual aplicação de métodos quantitativos (testes psicológicos) e/ou qualitativos (diagnósticos clínicos) de avaliação para a elaboração.

8 DISCUSSÃO

Dos 55 sujeitos estudados, encontramos 45 (81,90%) MTF e 10 (18,10%) FTM (Gráfico 1), numa proporção de 9:2 entre MTF e FTM. Esse resultado observado em nossa amostra foi muito próximo ao encontrado na literatura internacional, 4:1 (Pauly, 1968; Landén, 1996 e Wilson, 1999).

Observamos proporções diferentes em cada um dos centros pesquisados. No HCFMUSP, obtivemos 13 sujeitos, sendo oito (61,50%) MTF e cinco (38,50%) FTM, proporção de 3:2. No HCGO, 18 sujeitos, sendo 16 (88,90%) MTF e dois (11,10%) FTM, proporção de 8:1. No HUPE/UERJ, 24 sujeitos, 21 (87,50%) MTF e três (12,50%) FTM, proporção de 7:1. Não foram coletados dados relativos aos sujeitos em seguimento no HCRGS, devido à não apresentação dos dados por parte da equipe (Tabela 8). Tal achado pode estar relacionado à especificidade de cada ambulatório no que diz respeito ao formato dos atendimentos específicos. Os serviços do HCFMUSP são chefiados por psiquiatras ou endocrinologistas, e o ambulatório é geral; o serviço do HCGO é chefiado por ginecologista, e o ambulatório é alocado junto ao serviço de ginecologia; e o HUPE/UERJ é chefiado por urologista, sendo o ambulatório alocado junto à urologia.

É importante destacar que não foi possível obter as idades dos sujeitos a partir das 55 sentenças, posto que tais sentenças não são elaboradas segundo um padrão único. Dos dados obtidos em apenas 18 sentenças, a média foi de 35,72 anos (Tabela 7). Esse achado chama atenção, pois, atualmente, transexuais podem ser operados a partir de 21

anos de idade, e, de acordo com as normas vigentes, o processo leva em média dois anos (CFM, 2010). Entre os fatores que podemos arrolar para justificar essa alta média, estão o tempo que demora para o próprio transexual procurar tratamento, o tempo do processo pré-cirúrgico em si (psicoterapia, hormonização e outras cirurgias que não a de redesignação sexual) e ainda o tempo do processo judicial.

De acordo com nossa experiência no HCFMUSP, o tempo de latência entre triagem do paciente e cirurgia realizada deve-se, historicamente, ao pequeno número de procedimentos cirúrgicos realizados anualmente. Assim, muitos pacientes chegaram a esperar mais de 10 anos em psicoterapia até a realização da cirurgia de redesignação sexual, e um padrão observado, em nossa população do HCFMUSP, era que só depois do processo completo os pacientes buscavam a readequação civil de prenome e sexo. Isso em sua maioria, por conta da recusa de alguns advogados e defensores públicos em dar entrada no processo de reassentamento civil, inclusive sob a justificativa de receio de o magistrado indeferir o pleito e assim eventualmente reduzir, em um segundo pleito, a chance de sucesso. Tal fato gerou uma crença nessa população de transexuais de que apenas após a cirurgia ser realizada o processo jurídico poderia ser deferido pelos juízes e promotores, levando-os muitas vezes a apenas buscar realizar o pleito após a realização da cirurgia de redesignação sexual.

No quesito sentença (Gráfico 2), podemos observar que apenas três (5,50%) das apresentadas foram indeferidas e 52 (94,50%), deferidas. Uma possível explicação para esse fato é o reconhecimento que os juízes têm do

processo completo de transformação/adequação pelo qual esses indivíduos passaram nos centros de referência reconhecidos pelos SUS. A hipótese para tal indeferimento está pautada no fato de esses pacientes não terem realizado a cirurgia de redesignação sexual, e há a possibilidade de os juízes não sentirem-se seguros para decidir pela resignação judicial. Há ainda, é claro, o fato acima mencionado que historicamente, os transexuais apenas buscavam a mudança judicial após o procedimento cirúrgico estar completo.

Observando a contingência de sentenças deferidas por cirurgia realizadas, verificamos, em nossa amostra, que 100% dos 49 sujeitos que foram submetidos à cirurgia de redesignação sexual tiveram sua sentença deferida, na solicitação de alteração do registro civil. Já dos seis sujeitos que não foram submetidos a tal cirurgia, três (50%) tiveram suas sentenças indeferidas e os outros três (50%), deferidas (Tabela 12).

Nesses dados, quando analisados estatisticamente, encontramos que ocorre uma associação entre o deferimento dos pleitos de alteração de prenome e a realização prévia do procedimento cirúrgico (teste exato de Fisher resultou em $P = 0,001$). Isso sugere que o procedimento cirúrgico realizado é um fato que contribui com o deferimento do juiz no processo para alteração de prenome e sexo. Tal relação ainda não foi referendada em nenhum outro estudo. Sendo assim, apresentado aqui como dado original.

Tal achado pode estar relacionado à recusa dos advogados em dar entrada no processo, como mencionado anteriormente, e ainda da crença dos transexuais acerca do processo jurídico só ser efetivo após a realização

cirúrgica. De acordo com nossos achados, tal fato pode estar ligado à compreensão que o magistrado têm sobre o processo transexualizador como um todo. Ou seja, observamos por meio das sentenças que o magistrado defere, em sua maioria, os processos em que já consta a realização da cirurgia de redesignação sexual, possivelmente por se tornar, dessa forma, irreversível. Entre os motivos que consideramos mais relevantes, acreditamos que, quando um requerente solicita a alteração de prenome e sexo, esse já finalizou seu processo transexualizador incluindo a cirurgia, e, obviamente, já foi avaliado por uma equipe multidisciplinar em varias fases do tratamento. Assim tem revalidada sua busca de assentamento civil pelo magistrado. Já o requerente que está em processo pré-cirúrgico não necessariamente terá passado por avaliações mais conclusivas, de modo que o juiz pode ainda apresentar dúvidas quanto a sua decisão, questionando a decisão do proponente do processo. Portanto o que se percebe em nossa amostra é a oposição entre sexo biológico e gênero influenciando na decisão do magistrado.

No estudo encontramos três processos que foram deferidos antes de terem a cirurgia de redesignação sexual realizada. Esses, pertenciam ao HUPE-UERJ, e tal fato, acreditamos estar relacionado aos diálogos institucionais, afim de esclarecer o que vem a ser transtorno de identidade de gênero e como funciona o tratamento, realizadas entre ambulatório, magistratura e o Ministério Público. Este processo revela a necessidade de algumas trocas, conversas, para explicar o processo aos responsáveis jurídicos, Ministério Público e Magistratura, auxiliando a compreensão de

que não é necessária a cirurgia para a validação do assentamento civil. Ela é apenas mais uma parte do processo transexualizador, não sendo a mais importante. de acordo com isso fica evidente a necessidade de uma ponte entre as equipes dos hospitais e ambulatorios especializado em transtorno de identidade sexual e a esfera jurídica (advogados, defensores públicos, promotores e juízes).

Quanto aos laudos psicológicos, em apenas seis (10,90%) das 55 sentenças, esses foram mencionados pelos juízes (Gráfico 4). Após a avaliação estatística pelo teste exato de Fisher, encontramos $P = 0,037$, o que revela que, em nossa análise, a presença de relato dos laudos psicológicos nas sentenças é um fato que não está associado a determinação favorável ou não dos juízes.

Inicialmente, quando desenhamos o estudo, acreditávamos que todas as sentenças conteriam laudos psicológicos para apoiar a decisão judicial. Essa crença se baseava em parte no fato que, de acordo com o CFM, um laudo seria solicitado para o encaminhamento cirúrgico, na verificação de condições psicológicas para tal (CFM, 1997), mas, como o processo judicial é subjetivo e depende do entendimento de cada parte envolvida, percebemos que ficaria a critério de cada um, Ministério Público ou magistratura, solicitar durante o processo e referenciar ou não tal laudo em suas sentenças. Em nosso estudo, a magistratura não relata que utiliza o material desses laudos como critério para sua avaliação. Seria necessário um outro estudo para verificar se outras esferas jurídicas, como o Ministério Público, por exemplo, utilizam o laudo psicológico em seus pareceres ou

outros estudos que investiguem ativamente junto aos juizes o papel desses laudos no seu processo decisório.

Durante a condução da pesquisa, identificamos alguns limitadores, desde o levantamento de literatura sobre o tema até a análise dos dados. Encontramos poucos trabalhos específicos indexados, e uma busca intensiva nos sistemas integrados de pesquisa em saúde, Scielo, Bireme e PubMed, não revelou nenhum que tratasse de todas as nossas palavras-chave (transexual ou TIG ou TIS; laudo psicológico; mudança de prenome). Embora esse fato valorize os resultados do presente trabalho, reforçando sua originalidade, dificultou a pesquisa por falta de referências, inclusive quanto a aspectos metodológicos.

Na coleta de dados, encontramos as seguintes dificuldades:

- dos 44 selecionados pela equipe do HCFMUSP como possíveis sujeitos, 18 estavam em processo inconcluso para alteração de prenome e sexo, 13 dos que já haviam concluído o processo de alteração de prenome não autorizaram, e 13 constam da pesquisa. Nos serviços do HCGO e do HUPE/UERJ, o contato inicial foi feito pelas equipes, encaminhando apenas aqueles que preenchiam os critérios de inclusão na pesquisa;
- alguns sujeitos que se negaram a participar, referiam que tal decisão passava por não quererem voltar a falar sobre esta etapa de sua vida, apesar da garantia de anonimato. Muitos deles consideraram que procurar a documentação específica e entrar em contato com essa fase era um potencial gerador de grande sofrimento;

- alguns sujeitos tiveram dificuldade para localizar os documentos, inclusive por julgar que eliminaram essa questão de sua vida. Alguns, por não querer se defrontar com o fato e/ou não querer ser identificados, afirmaram que haviam queimado todo o processo judicial;
- houve dificuldade de liberação dos dados por alguns centros, em razão de desencontros: não compreensão do objetivo da pesquisa; dificuldade de os centros compilarem as informações solicitadas; tempo de tramite no comitê de ética de alguns centros;

Entre as limitações metodológicas temos:

- não foram considerados processos de pacientes em seguimento no setor privado de saúde, limitando a amostra;
- como os dados foram coletados a partir dos centros de referência, eventuais sujeitos cujo processo judicial corria sem o conhecimento das equipes podem não ter sido recrutados;
- não questionamos processos anteriores (eventuais insucessos), no momento do recrutamento, eram solicitados os processos deferidos e indeferidos, ficando a critério dos sujeitos apresentá-los ou não;
- nos baseamos apenas no parecer da magistratura, juízes, deixando de lado o parecer de advogados, defensores públicos e dos promotores, ou demandas dos juízes ao juntar os documentos durante o processo, os quais podem ou não fazer uso do material produzido no laudo psicológico para validar sua

posição.

- contamos com a colaboração, a generosidade e a disponibilidade das equipes dos centros de referência, que deveriam identificar os sujeitos cujo processo estava correndo ou concluso.

A partir desses limitadores, vislumbramos a necessidade de um viés qualitativo para a compreensão de alguns resultados.

Pela escassez dos dados relativos ao laudos psicológicos obtidos e pela dificuldade de participação dos indivíduos, solicitamos esclarecimentos aos hospitais credenciados pelo SUS relatando seu procedimento quando solicitados (por paciente e/ou judicialmente) a elaborar material técnico para alteração de registro civil dos transexuais. Com isso, obtivemos um panorama do procedimento em relação ao processo de alteração de prenome e sexo no âmbito jurídico, o que nos facilitou a compreensão do todo e da especificidade de cada serviço.

Ao solicitar laudos para o processo de adequação civil, o sujeito recebe o seguinte material:

- HCFMUSP: laudo psicológico, endocrinológico, cirúrgico e psiquiátrico. Cada laudo é específico e elaborado por profissional responsável por cada área e ambulatório do hospital;
- HUGO: laudo elaborado pelo profissional médico responsável pelo ambulatório de transexuais; no caso, uma ginecologista, que menciona a validação do psicólogo e do psiquiatra do hospital para o processo;

- HUPE/UERJ: laudo elaborado pelo médico responsável pelo ambulatório de transexuais do hospital; no caso, um cirurgião urologista. A avaliação e validação do psicólogo do serviço é mencionada no laudo assim como a validação e avaliação do psiquiatra;
- HCRGS: laudo elaborado pelo médico psiquiatra, responsável pelo ambulatório de transexuais. A validação do psicólogo do hospital é mencionada no laudo, junto com a validação do cirurgião.

Com esses dados, entendemos que a elaboração do laudo psicológico independente não é componente obrigatório nos procedimentos de cada hospital, mas sim a validação desse profissional em sua área de competência. Esses relatos revelam a importância e destacam o serviço da equipe multidisciplinar, que vê o trabalho como um processo integrado, e não específico de cada especialidade.

De encontro com esse princípio de atuação, outro achado qualitativo foi o que obtivemos durante a leitura das sentenças, quando observamos frequentemente que os juízes valorizam tais serviços multidisciplinares e buscam enfatizar como virtude, a pluralidade envolvida nesses atendimentos, sua maioria composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, urologistas, ginecologistas e endocrinologistas.

Em grande parte das sentenças, notamos ainda que diversas vezes se ressaltou o princípio do direito da personalidade, área do Direito que consiste na proteção da pessoa baseado em sua particularidade. Nesse sentido, a tutela da pessoa natural é construída com base em três preceitos

fundamentais, constantes no Código Civil: a proteção da dignidade da pessoa humana (Art. 1º, III); a solidariedade social, inclusive visando a erradicação da pobreza (Art. 3º, I e II); e a igualdade em sentido amplo, ou a isonomia. Assim, o significado de ter uma identidade que não condiz com a realidade de cada indivíduo, causando um sofrimento imensurável, pode ser lido com negligência do Estado para com essa população.

9 CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu um primeiro mapeamento da população transexual brasileira, a partir da amostra de pacientes transexuais submetidos ao tratamento preconizado pelo processo transexualizador e que já tiveram processo concluso para alteração de prenome e sexo civil no Brasil. Um dado interessante a ser pesquisado e replicado em outros estudos é o nosso achado do tempo médio de espera do processo transexualizador como um todo, desde a chegada a algum hospital de referência até a cirurgia e, por seqüência, a decisão judicial referente ao prenome e ao sexo jurídico.

Outro achado deste estudo que merece destaque diz respeito à nossa observação de uma relação entre a realização ou não da cirurgia de redesignação sexual e o sucesso do pleito judicial. Em nossa amostra, observamos que a realização prévia da cirurgia é um fator que contribui para o êxito do deferimento da sentença ($P = 0,001$). Porém é importante contextualizar este achado dentro do momento histórico que muitos pacientes atingiram a maioria antes da regulamentação do processo transexualizador, estando portanto cobertos por sua publicação apenas tardiamente.

Nosso objetivo principal era analisar a importância dos laudos psicológicos expedidos por hospitais regulamentados para o processo transexualizador do SUS nas sentenças judiciais para mudança de prenome e sexo de transexuais masculinos (MTF) ou femininos (FTM). Após a análise

de nossa amostra, verificamos que a maior parte das decisões judiciais não mencionam laudos: eles são mencionados em apenas 10,90% das sentenças, contra 88,10% que não os mencionam. Assim, correlacionando os dados, observamos que, em nossa amostra, as decisões judiciais não relatam sofrer influência direta dos laudos psicológicos ($P = 0,037$).

A maior parte dos laudos mencionados e que são utilizados pelos centros de referência pertencem a uma equipe multidisciplinar, na qual apenas um autor elabora o laudo, sempre considerando a avaliação de todos os profissionais envolvidos com aquele paciente. Logo, o psicólogo não é responsável por produzir um laudo exclusivo para tal evento, e sim complementar o laudo que será assinado pelo responsável da equipe. Isso descaracteriza, para nosso estudo, o impacto desse laudo no processo de avaliação do juiz.

Acreditamos que tal achado está ligado ao fato de a Portaria N° 457 (Brasil, 2008) não estabelecer uma linha de cuidado na atuação do psicólogo dentro do processo transexualizador, e ainda de o CFP, que, até o momento da conclusão deste trabalho, não estabelecer uma diretriz ao psicólogo, pois não elaborou um documento de procedimento com critérios para este trabalho. Tais critérios, para a atuação do psicólogo com os transexuais, deveriam estar incluídos na portaria do processo transexualizador, na linha de cuidados dentre os protocolos que atualmente são considerados necessários pelos profissionais desses serviços referenciados: triagem, psicoterapia e produção de material técnico (laudo/parecer psicológico).

Outro fato importante é que o processo transexualizador do SUS abrange diversas etapas, desde as pré-cirúrgicas até a própria cirurgia, mas não consta nenhuma etapa de seguimento pós-cirúrgico, determinando a falta de continuidade na integralidade da saúde. Sugerimos que fosse incluído acompanhamento médico ambulatorial específico, além de orientação para o encaminhamento jurídico da alteração de prenome e de sexo. Dessa forma, os transexuais possuiriam as diretrizes sobre como proceder facilitando o acesso a essas questões. Evidenciando a necessidade de uma discussão jurídica sobre a legislação específica e global para os transexuais dentro da portaria, visando equidade dos transexuais frente a suas necessidades e seus direitos.

Ainda é fundamental entender que é importante uma ponte entre hospitais e ambulatórios especializados no atendimento de transtorno de identidade sexual e os aparelhos jurídicos, sejam eles municipais, estaduais ou federais que permita uma troca eficaz de informações necessárias. Buscando modificar e ampliar a compreensão dessa população de juristas em relação à população em questão, facilitando o processo de assentamento civil.

Acreditamos ser importante a replicação deste estudo com amostras mais amplas – e não só de hospitais de referência –, para reduzir possíveis vieses e extrapolar os achados para a população transexual.

Por fim gostaríamos de destacar que esperamos que tanto os resultados obtidos, quanto as dificuldades ora relatadas, possam ser úteis

para reforçar a necessidade e auxiliar o desenho e desenvolvimento de outras pesquisas sobre este tema na realidade brasileira.

10 ANEXO

10.1 Anexo I – Termo de consentimento livre e esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU
RESPONSÁVEL LEGAL

1.NOME: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : _____

SEXO : M (___) F (___) Outro(___) DATA NASCIMENTO: ___/___/___

ENDEREÇO: _____ Nº _____ APTO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ - _____ TELEFONE: DDD (___) _____ - _____

2.RESPONSÁVEL LEGAL _____

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : _____

SEXO : M (___) F (___) Outro(___) DATA NASCIMENTO: ___/___/___

ENDEREÇO: _____ Nº _____ APTO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ - _____ TELEFONE: DDD (___) _____ - _____

DADOS SOBRE A PESQUISA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “Transtorno de identidade sexual em adultos e justiça: laudo psicológico e mudança de prenome”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Sérgio Paulo Rigonatti

CARGO/FUNÇÃO: médico/assistente INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº _____

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria – IPQ – Núcleo de Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica – NUFOR

AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	<input checked="" type="checkbox"/>	RISCO MÉDIO	<input type="checkbox"/>
RISCO BAIXO	<input type="checkbox"/>	RISCO MAIOR	<input type="checkbox"/>

DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – HCFMUSP**

O Sr (a) está sendo convidado a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “Transtorno de identidade sexual em adultos e justiça: laudo psicológico e mudança de prenome”.

Esta pesquisa visa resgatar e compreender a relação entre os laudos psicológicos para mudança de prenome de transexuais e o parecer favorável ou desfavorável dos juízes, nos estados em que se encontram os hospitais matriculados no processo transexualizador do Ministério da Saúde. Para que

essa análise seja realizada, os voluntários precisam assinar uma procuração ao pesquisador executante – Desirèe Monteiro Cordeiro, psicóloga, mestrande do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – com a finalidade de solicitar e retirar uma cópia do seu processo para mudança de prenome, já finalizado, nos fóruns correspondentes. Não será realizada nenhuma intervenção que traga riscos ou desconfortos à sua saúde física e/ou mental (dos participantes), nem tampouco prejuízo ou benefício ao processo o qual responde. Todas as informações que o Sr. (a) fornecer só serão utilizadas com a finalidade única de pesquisa, sendo preservado o total sigilo de sua identidade. Seus dados serão mantidos em local seguro, ao qual só os pesquisadores envolvidos terão acesso. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento bem como deixar de participar do estudo. O participante não arcará com despesas pessoais, tampouco há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em qualquer etapa da pesquisa você terá acesso aos profissionais responsáveis pela mesma para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Prof. Dr. Sérgio Paulo Rigonatti , o qual pode ser encontrados no seguinte endereço: R: Dr. Ovídio de Pires Campos, 785, Cerqueira César – São Paulo – SP, telefone: (11) 3069 7929 ou pelo e-mail sergio.rigonatti@hcnet.usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-

6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail:
cappesq@hcnet.usp.br

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o presente estudo, “Mudança de prenome para transexuais: laudo psicológico e justiça

Após discutir com a pesquisadora Desirèe Monteiro Cordeiro sobre a minha decisão em participar nesse estudo ficou claro para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento. Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____/____/____

Assinatura da testemunha Data ____/____/____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

10.2 ANEXO II – Procuração**PROCURAÇÃO****(Modelo)**

Por este instrumento particular de procuração na melhor forma de direito _____, nacionalidade _____, estado civil _____, profissão _____, portador da Cédula de Identidade RG nº. _____, devidamente inscrito (a) no CPF/MF sob o nº. _____, residente e domiciliado à rua _____, número _____, bairro _____, na cidade de _____, CEP _____ - _____, nomeia e constitui sua bastante procuradora **DESIRÉE MONTEIRO CORDEIRO**, brasileira, solteira, psicóloga CRP 06/69331, portadora da Cédula de Identidade RG nº. 27.858.369-6, devidamente inscrita no CPF/MF sob o nº 286.453.138-04, pesquisadora do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – IPQ-HCFMUSP – sediada à rua Dr. Ovídio de Pires Campos, 785, Cerqueira César – São Paulo – SP, para solicitar o desarquivamento, vista aos autos e xerocópia do processo nº _____ em trâmite na _____ Vara (Cível ou Criminal) da Comarca de _____.

_____, ____ de _____ de 201__

assinatura

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases*. 4rd ed. Washington (DC): APA; 1994.

APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases: Text Revision (DSM-IV-TR)*. 4rd TR. ed. Washington (DC): APA; 2000.

APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases (DSM V)*. Washington (DC): encontrado em: APA; 2000 [citado 13 jul. 2012]. Disponível em: <http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/genderdysphoria.aspx>.

Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14(4): 1.141-1.149.

Bakker A, Kesteren PJM, Gooren LJG, Bezemer PD. The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand*. 1993; 87: 237-238.

Bancroft J. *Human sexuality and its problems*. 3rd edition. New York (NY): Churchill Livingstone; 2009.

Barbosa HH, Schramm FR. Princípios bioéticos aplicados à transexualidade e sua atenção à saúde. In: Silva EA. *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. Rio de Janeiro, RJ: GEN, 2012, p. 17-28.

Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 3rd ed. New York (NY): Oxford University Press; 1989.

Bem SL. The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 1974; 42: 155-162.

Benjamin H. *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press; 1966.

Brasil. *Código Civil*. Organização dos textos por Theotonio Negrão. 20. ed. São Paulo : Saraiva, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.707, DE 18 de agosto de 2008a. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: 2008 19 ago.; Seção 1:43 [citado 20 mai 2010]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&data=19/08/2008>.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria nº 233, de 18 de maio de 2010. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: 2010 19 mai.; Seção 1, p. 76-90.

Brasil. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008b. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: 2008 20 ago.; Seção 1:68 [citado 20 mai. 2010]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=20/08/2008>.

Bullough B, Bullough VL. Transsexualism: historical perspectives, 1952 to present. In: Denny D, editor. *Current concept in transgender Identity*. New York: Garland Publishing; 1998: 15-34.

Caires, MAF. *Psicologia jurídica: implicações conceituais e aplicações práticas*. São Paulo: Vetor; 2003.

Caldwell D. Psychopathia transexualis. *Sexology*. 1949; 16: 274-280.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.482, de 10 de setembro de 1997. *Jornal do Cremesp*. Ano XVII. 1997; (123): 13.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.652, de 6 de novembro de 2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1482/97. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF). 2002 2 dez; Seção 1: 80 [citado 14 mar. 2009]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa_resolucao.php.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.955. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: 2010 3 set.; p. 109-110.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 007, de 14 de julho de 2003 [citado 11 jun. 2012]. Disponível em: http://www.crpssp.org.br/portal/orientacao/resolucoes_cfp/fr_cfp_007-03.aspx.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 010. *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília, DF: CFP; 2005.

Chiland C. *Exploring Transsexualism*. London: H. Karnac Ltd; 2005.

Chiland C. The psychoanalyst and the transsexual patient. *Int J Psychoanal*. 2000; 81(1): 21-35.

Chiland C. Transvestism and transsexualism. *Int J Psychoanal*. 1998; 79(1): 156-159.

Cohen-Kettenis P, Pfäfflin F. *Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence: making choices*. London: Sage; 2003.

Cohen-Kettenis PT, Gooren LJG. Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *J. Psychosomatic Res*. 1999; 46: 315-333 (Capítulo 3).

Couto ES. *Transsexualidade: o corpo em mutação*. Salvador: Grupo Gay da Bahia; 1999.

De Cuypere G, Van Hemelrijck M, Michel A, Carael B, Heylens G, Rubens R, Hoebeke P, Monstrey S. Prevalence and demography of transexualism in Belgium. *European Psychiatry*. 2007; 22: 137-141.

Derogatis LR, Meyer JK, Vazquez N. A psychological profile of the transsexual. The male. *J Nerv Ment Dis*. 1978; 166(4): 234-254.

Docter RF. *Becoming a woman: a biography of Christine Jorgensen*. New York (NY): The Haworth Press; 2008.

Duisin D, Nikolic-Balkoski G, Baltinic B. Sociodemographic profile of transsexual patients. *Psychiatr Danub*. 2009 Jun; 21(2): 220-223.

Eklund PLE, Gooren LJG, Bezemer PD. Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Br J Psychiatry*. 1998; 152: 638-640.

Engelhardt Jr HT. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Loyola; 1998.

Fisk N. Gender dysphoria syndrome (the how, what and why of the disease). In: Laub D, Gandy P, editors. *Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome*. Palo Alto: Stanford University Press; 1973. p. 7-14.

Fonseca J. *Psicoterapia da relação: elementos de psicodrama contemporâneo*. São Paulo: Ágora; 2000.

Forget H, Cohen H. Life after birth: the influence of steroid hormones on cerebral structure and function is not fixed prenatally. *Brain Cog*. 1994; 26: 243-248.

Frignet H. *El transexualismo*. Buenos Aires: Nueva Visión; 2003.

Gómez GE, Trilla GA, Godás ST, Halperin RI, Puig DM, Vidal HA. Estimation of prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism in Catalonia according to health care demand. *Acta Esp. Psiquiatr.* 2006; 34: 295-302.

Gooren LJ, Kruijver FP. Androgens and male behavior. *Mol Cell Endocrinol.* 2002; 198(1-2): 31-40.

Gregersen E. *Práticas sexuais*. Tradução de Antônia Alberto de Toledo Serra e Edison Ferreira. São Paulo: Rosa; 1983.

Gupta R, Murarka A. Treating transsexuals in India: History, prerequisites for surgery and legal issues. *Indian Journal of Plastic Surgery.* 2010; 24(2): 226-233.

HBIGDA. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. The Standards of Care for Gender Identity Disorders. 6th version. *The International Journal of Transgenderism.* 2001; 5(1) [citado 20 abr. 2010]. Disponível em: http://www.symposion.com/ijt/soc_2001/index.htm.

Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A. Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research.* 2005 Mar; 58(3): 259-261.

Herman-Jeglinska A, Grabowska A, Dulko S. Masculinity, femininity, and transsexualism. *Arch Sex Behav.* 2002; 31(6): 527-534.

Hirschfeld M. *Transvestites: the erotic drive to cross-dress*. Translation by Michael A. Lombardi-Nash. Buffalo: Prometheus Books; 1991.

Hoening J, Kenna JC. The prevalence of transsexualism in England and Wales. *Br J Psychiatry.* 1974; 124: 181-190.

Houaiss A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

Jurado J, Epps-Quaglia DR, Inácio M. Transsexualismo: aspectos clínicos e cirúrgicos. In: Coronho V, Petroianu A, Santana EM, Pimenta LG. *Tratado de endocrinologia e cirurgia endócrina*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 1.409-1.416.

Kruijver FPM, Zhou JN, Pool CW, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF. Male to female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *L Clin Endocrinol Metab*, 2000; 85(5) 2.034-2.041.

Landén M, Walinder J, Lundström B. Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *Acta Psychiatr Scand*. 1996; 93: 261-263.

Lawrence AA. Male-to-female Transsexual Subtypes: Sexual Arousal with Cross-Dressing and Physical Measurements [letter to the editor]. *Psychiatry Research*. 2008; 157: 319-320.

Lopéz EMY. *Manual de Psicologia Jurídica*. Sorocaba, SP: Minelli; 2007.

Mackenna W, Kessler SJ. *Gender: na ethnomethodological approach*. Chicago: University of Chicago Press; 1985.

Marcolino JAM, Cohen C. Sobre a correlação entre a bioética e a psicologia médica. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2008; 54(4): 363-368.

Money J. *Gay, straight, and In-between*. New York: Oxford University Press; 1988.

Money J. The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *J Sex Marital Ther*. 1994; 20(3): 163-177.

Moreno JL. *Psicodrama*. 2a ed. São Paulo: Cultrix, 1978.

Mutti K; Saadeh A; Abdo C. Transexualismo e psicodrama: uma proposta de entendimento. *Revista Brasileira de Psicodrama*, São Paulo; 2004; 12(2): 197-206.

Okabe N, Sato T, Matsumoto Y, Ido Y, Terada S, Kuroda S. Clinical characteristics of patients with gender identity disorder at a Japanese gender identity disorder clinic. *Psychiatry Res.* 2008; 157: 315–318.

Olsson SE, Möller AR. On the incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden, 1972-2002. *Arch Sex Behav.* 2003; 32(4): 381-6.

OMS. Organização Mundial de Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* Porto Alegre: OMS, 2003.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Nova York, 22 jul. 1946 [citado 16 mai. 2012] Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

Oppenheimer A. The wish for a sex change: a challenge to psychoanalysis? *Int J Psychoanal.* 1991; 72(2): 221-231.

Ovesey L, Person ES. Gender identity and sexual psychopathology in men: a psychodynamic analysis of homosexuality, transsexualism, and transvestism (1973). In: Person ES. *The sexual century.* New York: Yale University Press; 1999. p. 91-109.

Pauly IB. The current status of the change of sex operation. *J Nerv Ment Dis.* 1968; (147): 460-471.

Pellegrino ED. Origem e evolução da bioética: uma visão pessoal. In: Pessini L, Barchifontaine CP, editores. *Problemas atuais de bioética*. 5a ed. Revista e ampliada. São Paulo: Loyola; 1999. p. 40-41.

Potter VR. *Bioethics, bridge to the future*. New Jersey: Prentice Hall; 1971.

Rodrigues S. *Direito civil: parte geral*. 28. ed. São Paulo: Saraiva; 1998.

Roemer MI. *Public health papers*. Geneva: World Health Organization; 1972.

Ross MW, Walinder J, Lundstrom B, Thowe I. Cross-cultural approaches to transsexualism. A comparison between Sweden and Australia. *Acta Psychiatr Scand*. 1981; 63: 75-82.

Roughgarden J. *Evolução do gênero e da sexualidade*. Londrina: Planta; 2005.

Saadeh A. Transtorno de identidade de gênero. In: Miguel EC, Gentil V, Gattaz W F. *Clínica psiquiátrica*. Barueri, SP: Manole, 2011, p. 977-993.

Saadeh A. *Transtorno de identidade sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino [tese]*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.

Segal NL. Two monozygotic twins pairs discordants for female to male transsexualism. *Arch Sex Behav*. 2006; (35); 347-349.

Stoller RJ. *A experiência transsexual*. Rio de Janeiro: Imago; 1982.

Stoller RJ. *Sex and gender*. New York: Aronson; 1974.

Swaab, DF, Chun WC, Kruijver FP, Hofman MA, Ishunina TA. Sexual differentiation of the human hypothalamus. *Adv Exp Med Biol*. 2002; (511): 75-100.

Teixeira MD. Análise das possibilidades jurídicas de promover alterações no registro civil dos transexuais. *Jus Navigandi*, Teresina, 2004 mai 25; ano 8(322) [citado 10 mai. 2012]. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/5176/analise-das-possibilidades-juridicas-de-promover-alteracoes-no-registro-civil-dos-transexuais>.

Tsoi WF. The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatr Scand*. 1988; 78: 501-504.

Tully B. *Accounting for transsexualism and transhomosexuality*. London: Whiting & Birch Ltd; 1992.

Urban M. Transsexualism or delusions of sex change? Avoiding misdiagnosis. *Psychiatr Pol*. 2009 Nov-Dec; 43(6): 719-28.

Veale JF, Prevalence of transsexualism among New Zealand passport holders. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2008; 42: 887-889.

Vieira TR. Adequação de sexo do transexual: aspectos psicológicos, médicos e jurídicos. *Psicologia Teoria e Prática*. 2000 jul/dez; 2(2): 88-102.

Vieira TR. *Mudança de sexo: aspectos médicos, psicológicos e Jurídicos*. São Paulo: Livraria Santos; 1996.

Vieira TR. *Nome e sexo: mudanças no registro civil*. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2008.

Vieira TR. O direito do transexual e a bioética. *Jus Navigandi*, Teresina, 2003 nov 8; ano 8(125) [citado 10 mai. 2012]. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/4354/o-direito-do-transexual-e-a-bioetica>.

Volkan VD, Masri A. The development of female transsexualism. *Am J Psychother*. ; 1989; 43(1): 92-107.

Von-Krafft-Ebing R. *Psychopathia sexualis*. Translation by Peter O'Neil. Burbank: Bloat; 1999.

Walinder J. Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *Br J Psychiatry*. 1971; 119: 195-196.

Wegener B, Knoblauch H, Busjahn A. Monozygotic Twins concordante for female to male: a case report. *Arch Sex Behav*. 2007; (36): 135-137.

Weitze C, Osburg S. Transsexualism in Germany: empirical data on epidemiology and application of the german transsexuals' act during its first ten years. *Arch Sex Behav*. 1996; 25(4): 409-425.

Wilson P, Sharp C, Carr S. The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study. *Br J Gen Pract*. 1999; 49(449): 991-992.

WPATH. The World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7th version. 2011 Sep [citado 20 out. 2011]. Disponível em: http://www.wpath.org/publications_standards.cfm.

Wylie K. Gender related disorders. *BMJ*. 2004 Sep; 329: 615-617.

Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*. 1995; 378: 68-70.

Zucker KJ, Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M. Troubled meditations on psychosexual differentiation: reply to Hegarty (2009). *Developmental Psychology (APA)*. 2009 [citado 4 mai. 2012]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/journals/dev/45/4/904.html>.