

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Lúcio Costa Giroto

CORPO MÚLTIPLO TRANS: PRAXIOGRAFIA DE CUIDADO

São Paulo
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LÚCIO COSTA GIROTTO

CORPO MÚLTIPLO TRANS: PRAXIOGRAFIA DE CUIDADO

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira

Coorientadora: Profa. Dra. Cristiane Gonçalves da Silva

São Paulo

2019

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Antonio Rubino de Azevedo,
Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Costa Giroto, Lúcio

Corpo Múltiplo Trans: Praxiografia de cuidado / Lúcio Costa Giroto.
- São Paulo, 2019.

VIII, 116f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola
Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Body Multiple Trans: Praxiografy of care.

1. Processo Transexualizador. 2. transexualidade. 3. profissionais de
saúde. 4. cuidado em saúde. 5. praxiografia. 6. etnografia.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Chefe do departamento: Rosemarie Andrezza

Cordenador do curso de pós-graduação: Dra. Zila van der Meer Sanchez

LÚCIO COSTA GIROTTO

CORPO MÚLTIPLO TRANS: PRAXIOGRAFIA DE CUIDADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: de de 2018.

PRESIDENTES DA BANCA

Pedro Paulo Gomes Pereira, Dr. – Orientador

Cristiane Gonçalves da Silva, Dra. – Orientadora

BANCA EXAMINADORA:

Berenice Bento Dra – UnB

Flávia do Bonsucesso Teixeira Dra – UFU

Richard Miskolci Escudeiro Dr. – Unifesp

Suplente: Marcos Cláudio Signorelli Dr. UFPR

Agradecimentos

A todas e todos interlocutoras desse trabalho. Profissionais do Núcleo Trans da Unifesp que lutam, tentam, experimentam cuidados que não resumam ou patologizam vidas. Às pacientes, que de paciente não tem nada, pois são fortes e criativas em suas vidas e singularidades.

A João, estrategista de guerras micropolíticas e interlocutor desta pesquisa. Encontrei-o de tantas maneiras, em tantos lugares, nas palavras afetadas de profissionais, nas suas próprias e na escrita deste trabalho. Sua força deixou rastros de afetação

Às pessoas que cuido e que cuidam de mim.

À Barbara, minha companheira das aflições, carinhos e alegrias. A poesia do seu cuidar, que afetou a escrita dos cuidados deste trabalho.

Ao Pedro, que orientou meus olhos às flores discretas oferecidas no pesquisar.

A Cristiane, que me acompanhou e me orientou como graduando, pesquisador e profissional. Introduziu e me abriu às diferenças.

Ao meu pai Reginaldo e minha mãe Cecília, que muitas vezes se colocaram como Mecenas de meus estudos e meus trabalhos.

À CAPES pelo financiamento para a realização desse trabalho.

Aos professores com a intenção de ensinar, mas principalmente aos acidentais.

Resumo

A transexualidade é um corpo múltiplo, que não se sustenta em objetivos concisos, em nosologias psicológicas, endocrinológicas e cirúrgicas claras. As práticas de saúde entre profissionais, pessoas trans e tecnologias performam múltiplas corporalidades trans. Em tensão ou alianças, mas nunca fechadas e com fins últimos. A transexualidade aqui não se configura como doença, mas exige intervenções e práticas de cuidado. O objetivo dessa dissertação foi descrever as práticas de cuidado nos encontros entre profissionais, pessoas trans e travestis e tecnologias no ambulatório de atenção integral à pessoa trans da Universidade Federal de São Paulo. Usamos o método da praxiografia, que possibilitou descrever múltiplas realidades produzidas nas e pelas práticas. Foram descritos encontros: da enfermagem, assistência social, fonoaudiologia, da prática da psicologia na construção de um documento para retificação de nome. Também foram descritas as práticas de mamoplastia masculinizadora e o caminho de um corpo múltiplo trans intersexo. Foram resultados múltiplos desta dissertação que tentou descrever um corpo múltiplo trans, que não tem começo nem fim. Não se completa em somas nem em dicotomias. Está sempre aberto aos encontros com disciplinas e às singularidades das vidas singulares.

Palavras-chave: Processo transexualizador, transexualidade, profissionais de saúde; cuidado em saúde; praxiografia; etnografia.

Abstract

Transsexuality is a body multiple not based on concise goals, on psychological, endocrinological, and surgical nosologies. The encounters between health personnel, transgender people and technologies perform multiple trans corporalities. Multiple realities in tension or alliances that are never closed. Transsexuality here is not a disease but requires interventions and care practices. The aim of this dissertation is to describe the health care practices involved during encounter with Health Personnel, technologies and transgender people in a health care service for Transgender and Travestis People of Universidade Federal de São Paulo. We used the praxiography method to describe multiple realities produced in and by practices. It was described practices: nursing, social assistance, phonoaudiology, of the psychology in the construction of a document for name rectification, the practices of masculinizing mamoplasty and the way of a multiple body trans, intersex. It was multiple the results from this dissertation that tried to describe a transsexuality body multiple, which has neither beginning nor end. It is not complete in dichotomies. It is always open to encounters with disciplines and the singularities of the singular lives.

Keywords: Sex Reassignment Procedures, Transgender People, Health Personnel, Health Care, Praxiography; ethnography

Sumário

Prólogo	10
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Núcleo de Estudos, Pesquisa, Extensão e Assistência à Pessoa Trans Professor Roberto Farina 17	
1.2 Histórico das políticas públicas para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT) e o processo transexualizador no SUS.....	19
2 CORPOS, GÊNEROS, DIFERENÇAS E CUIDADOS	25
2.1 Diferença e gênero	25
2.2 Dispositivo da transexualidade	29
2.3 Cuidado e corpo múltiplo	31
3 A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA: MÉTODO E DESCRIÇÃO DO ESPAÇO DO AMBULATÓRIO ..	36
4 ACOLHIMENTO	40
5 PRÁTICAS DA ENFERMAGEM E SERVIÇO SOCIAL.....	44
5.1 Práticas que não se coordenam: cuidados pós-cirúrgicos e cuidado multiprofissional... 52	
6 A REUNIÃO DE EQUIPE DE UM AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA TRANS: A ESCUTA DA PRÁTICA DA FONOAUDIOLOGIA	55
6.1 Interdisciplinar, transdisciplinar e o conceito-ferramenta de despatologização	55
6.2 Prática da fonoaudiologia.....	58
7 PRÁTICA DA PSICOLOGIA: DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL À SUBJETIVAÇÃO	63
7.1 Decisões do Supremo Tribunal Federal	65
7.2 A escrita	70
8 PRÁTICAS DA CIRÚRGICAS E APALPAR PELO AFETO	77
8.1 Cirurgia de mamoplastia masculinizadora	80
8.2 Cirurgia de João: ablação de tecido de neovagina de intestino	89
8.2.1 Apalpando encontros: as práticas da endocrinologia e da psiquiatria a João.....	94
8.2.2 Apalpando pelo ouvido: Sofia, psiquiatra.....	100
8.2.3 Elefantes João.....	102
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
Referências	112

Prólogo

Reunião científica mensal do Núcleo Trans da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) após a eleição. Dia 30 de outubro de 2018, uma terça-feira. A sala estava cheia. Quatro cadeiras à frente. Elas eram para os palestrantes, que estavam se abraçando e trocando sorrisos entre si e com o público. Sentaram. O tema da reunião foi: “Redes de apoio: diálogos e cuidados diante da crise política atual”. A coordenadora da reunião, antes de dar início às falas, fez uma ressalva aos palestrantes e presentes de que aquele encontro não tinha pretensões partidárias, de um candidato ou outro. Seria uma discussão sobre a conjuntura política polarizada e violenta que estava estabelecida no país.

A pessoa que abriu a palestra foi Alexandre Peixe dos Santos, coordenador da Região Sudeste do Instituto Brasileiro de Transmasculinidades. Apresentou-se. Fazia duas semanas que não saía de casa. Nesse ínterim, às vésperas do segundo turno, ficava com suas cachorras, alerta, vigiando as ruas através das janelas de seu apartamento trancado. Se por acaso estava dormindo e não pudesse ouvir, contava com a audição mais aguçada das cachorras e com seus latidos de aviso.

Alexandre fez uma fala sobre as intersecções de risco maior ou menor dependendo da cor, de gênero e de sexualidade de pessoas: uma mulher trans preta, uma bicha afeminada branca. Ele citou identidades em intersecção e apontou ao público quais delas seriam as primeiras perseguidas nessa conjuntura política polarizada e violenta. Essas pessoas que estão lutando no front. Por fim, mostrou uma gravação de celular de um rapaz importante ao movimento, também presente na sala. Ele estava sentado na beirada da cadeira, em silêncio. Alexandre mencionou que tinha sua autorização. O vídeo tinha uns 5 segundos, era de uma criança, tinha seus 4, 5 anos, neta do homem quieto. Antes de reproduzi-lo, Alexandre contou algumas histórias da esperteza da menina, e da obviedade que era para ela seu avô ser um homem. Reproduziu: a imagem de uma garota. Ela sorria. Em sua voz fina, disse: “O papai mandou falar para você: Bolsonaro!”. Na imagem ela apontava com suas mãos – polegares levantados e o indicador voltado à tela – o formato de arma.

No final Alexandre fez um apelo, para receber quem precisasse de ajuda nesses tempos. Previu que algumas pessoas, se não entrarem naquela hora, podem sofrer violências, morrer.

Uma palestrante saiu, limpava seus olhos. Voltou logo em seguida. Era sua vez de falar. Era uma advogada de um Centro de Cidadania LGBTI (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexo) de São Paulo. Começou sua palestra ensinando os caminhos de um processo criminal e civil que a pessoa deve tomar ao sofrer uma agressão, uma discriminação em que seus direitos foram violados. O Boletim de Ocorrência (B.O.) ainda é indispensável para qualquer abertura de processo, civil ou criminal. Ela reforçou na sua fala que é o direito de qualquer pessoa ainda garantido.

O termo “ainda” foi muito colocado em sua fala. Parecia desacreditar as instituições. Comentou que era interessante fazer o Boletim de Ocorrência para o registro e contabilização de dados, mas lembrou também as violências sofridas pelas pessoas por parte dos policiais que não fazem o registro corretamente, sem mencionar a falta de contabilização de agressões por discriminações: homofóbicas e transfóbicas. Ela se ofereceu para acompanhar o homem em silêncio para fazer um B.O. contra seu genro. Ele topou.

É importante trazer os efeitos dos últimos movimentos políticos, os efeitos nos profissionais e essa reunião onde se procurava alguma forma de segurança, de articulação de afetos entre os movimentos sociais e as pessoas que eram atendidas. Mas foi produzido o silêncio, a resignação. Que corpo múltiplo trans é produzido nas intersecções políticas do contemporâneo? Ficções de masculinidade e feminilidade em taxas de hormonização, nas técnicas cirúrgicas; nas portarias do Sistema Único de Saúde (SUS); no silêncio da câmara legislativa a pautas às pessoas LGBTI; e nas decisões do Supremo Tribunal Federal sobre a mudança de nome e sexo no registro civil. No medo, na morte de Dandara e na expectativa de vida de pessoas transexuais e travestis no Brasil¹, na desintegração dos movimentos sociais,

¹ Dandara, mulher travesti, brutalmente assassinada a pauladas em 2017. As imagens foram compartilhadas em redes sociais. Em 2017 foram 179 mortes de pessoas trans e travestis no Brasil, segundo os dados da Associação Nacional de Travestis e Transexuais. Fonte: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/expectativa-de-vida-de-transexuais-e-de-35-anos-metade-da-media-nacional/expectativa-de-vida-de-transexuais-e-de-35-anos-metade-da-media-nacional>. Acessado em: 25/11/2018.

isolados em casa e paranoicos pelas suas mortes possivelmente anunciadas por um presidente eleito. Tecnologias, macropolíticas e o medo.

O medo desintegra a unidade sempre provisória de um corpo múltiplo. A unidade nunca foi fixa, parece porosa, indeterminada. O corpo múltiplo é feito também em laços, em comunidade. O medo isola pessoas, cria uma paranoia constante do final de um mundo, da humanidade. A temida crise econômica, política e moral gestiona corpos, tira-os da vida e esmaga a capacidade de se afetarem, de criar laços. A gestão da crise é em favor de um projeto humano em que todos somos iguais e de morte a quem não é: “O discurso da crise intervém como método político de gestão das populações. A insegurança desse mundo, o distanciamento da vida” (COMITÊ INVISÍVEL, 2016, p.26). Nesta pesquisa, que durou um ano em um ambulatório de atenção integral à pessoa trans, inaugurado em março de 2017, apareceram cenas de afeto, corpos fortalecidos com a vida, conectados e abertos aos encontros, presentes.

O objetivo deste trabalho foi descrever as práticas de cuidado feitas no encontro de pessoas trans, travestis, profissionais e tecnologias em um ambulatório de atenção integral a pessoas trans que pretende ter práticas de cuidado despatologizadas. O objetivo foi deliberadamente abrangente. Adotamos aqui como método a praxiografia de Annemarie Mol (2002), uma etnografia que descreve práticas que performam múltiplas realidades de uma doença em um hospital. No caso da autora, a arteriosclerose.

As transformações corporais não são doenças, mas exigem intervenções e práticas de cuidado. Entenderemos existências trans também como objeto múltiplo, mas que não se sustenta em objetivos concisos, em nosologias psicológicas, endocrinológicas e cirúrgicas claras. A despatologização como analisador que, além de embaçar a coerência de um corpo unido em conceitos sociobiopsíquicos, dissolve também dicotomias – pessoa cuidada e cuidador, já que extrapola o corpo trans, para além de uma coerência de genitália-gênero-desejo; e o corpo do profissional que interpela, extrapolando-o de disciplinas que ditam condutas precisas.

A transexualidade e a travestilidade são corpos múltiplos produzidos em localidades díspares, por tecnologias e práticas. Também são múltiplos no sentido

de não conseguirem encontrar unidade em uma identidade, em uma demanda de saúde necessariamente clara, padrão. Pesquisas importantes que estudam pessoas trans e travestis (BENEDETTI, 2005; BENTO, 2006; PELÚCIO, 2009) fazem ressalvas e encontram dificuldades de estabelecer características que delimitam essas pessoas. Os encontros iam acontecendo, as demandas apareciam, transexualidades, travestilidades e profissões eram performadas. Abrangentes como esse objetivo. Foi um pesquisar cego. Tocou vidas em encontros. E os resultados foram múltiplos.

Uma parábola hindu inicia este trabalho: os cegos sábios que tocavam um elefante. Ela talvez possa nos ajudar a nos aproximarmos de um pesquisar que analisa práticas. Os sábios não enxergavam, para expandirem seus outros sentidos e, assim, se aproximarem da verdade do mundo. Eles, então, se aproximaram de um elefante pela prática do tato. O primeiro cego tocava a tromba e a descrevia como um tubo contrátil, espesso e longo, que respirava e pulsava; outro tocava as presas, descrevendo-as duras, lisas, curvadas, talvez frias; o terceiro tocava no tronco e sentia também a pulsação da tromba, mas sentia-o mais quente, talvez conseguisse ouvir barulhos da digestão.

Seguindo a história, um cego que fora fazer retiro em uma caverna volta aos outros pela disputa da verdade do objeto elefante. Está acompanhado por uma criança que segura sua mão. A criança então desenha com um galho no chão a figura do elefante e esse cego apalpa e percebe a figura fechada. Encontrara a verdade última: todos os cegos estavam certos em suas verdades, mas não as somaram ao todo.

Uma parábola que tem como ensinamento: que os homens discutem suas verdades individuais, pois não conseguem enxergá-la na perspectiva de um todo. Nesta pesquisa não haverá a salvação de uma criança. As verdades serão sempre locais, produzidas no encontro. A suposta figura imensa dividida nas descrições dos cegos que tentaram responder “O que é um elefante?” não é alcançada. Vão se produzindo multiplicidades de elefantes criados a cada toque e descrição.

Elefantes que foram apalpados nas discussões dos profissionais. A sala de reunião do ambulatório foi um importante analisador das práticas que produziam cuidados sem certezas. Naquele espaço ficavam sentados os profissionais, ouvindo

e trocando informações de caso, condutas futuras, articulações entre eles, discussões teóricas sobre sexualidade, gênero, amor. Até longas discussões de como se inventar “puxadinhos” interpretativos, que dariam conta de regulamentações das portarias do SUS no processo transexualizador, sempre passíveis de serem lidas a nosso favor.

Nas discussões, personagens eram construídos. Personagens-vidas, personagens-conceitos, personagens-éticas. Pessoas que não vi, nem entrevistei. Não acompanhava os cuidados, mas mapeava por meio das faces e corpos dos profissionais, que protagonizaram o contato direto.

A profissional assistente social, em seus braços cruzados e lábios escondidos atravessados pelo direito violado de uma pessoa que não consegue chegar e acessar o serviço. O corpo cansado da profissional de enfermagem, quando “há uma baixa” de uma pessoa que não volta mais ao serviço, sem saber o motivo para tal. O profissional endocrinologista, antes confuso em condutas para com um paciente que interseccionava entre identidade trans e intersexo, agora levantava uma folha impressa e a sacudia, apontando para as linhas coloridas de um gráfico de exame glandular na sala de reunião, ansioso para mencionar a boa-nova para o paciente. Poderiam começar uma hormonização suprabasal de testosterona. Os personagens-elefantes inventam-se no toque, ganhando uma concretude sempre provisória na comunicação dos profissionais, com suas expressões.

O(a) leitor(a) seguirá esses corpos múltiplos nesta dissertação, elefantes sem contornos e sem certezas que este estudo buscou descrever. Para subsidiar a complexidade dessas descrições, o capítulo 1, no item 1.1 – Núcleo de Estudos, Pesquisa, Extensão e Assistência à Pessoa Trans Professor Roberto Farina –, introduz um breve histórico institucional sobre a sua implantação na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

O item 1.2 – Histórico das políticas públicas para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBTT) e o processo transexualizador no SUS – descreve o histórico das políticas públicas de saúde voltadas à população de LGBTT, enfatizando as pessoas trans e travestis e o processo transexualizador no SUS. Mapeia como os serviços públicos de atenção à saúde dessas pessoas são estabelecidos macropoliticamente.

Estabelecidos os contornos macropolíticos, o capítulo 2 – Corpos, gêneros, diferenças e cuidados – traça uma introdução teórica que fundamenta o pensamento para o campo desta pesquisa. Dessa maneira, o item 2.1 – Diferença e gênero – apresenta a produção de corpos por meio do dispositivo da sexualidade (FOUCAULT, 1984) e como estes se fazem visíveis e inteligíveis por meio de repetições de atos estilizados, performance de gênero (BUTLER, 2014). Os que não se adéquam a essa repetição são invisíveis, fora dos enquadramentos, transviados (BENTO, 2006) às normas de gênero.

O item 2.2 – Dispositivo da transexualidade – descreve a emergência da categoria transexual como objeto da saúde, que pretende dar coerência a corpos dissidentes. O conceito de dispositivo da transexualidade de Bento (2006, 2010) entende a categoria transexual produzida por uma amálgama de saberes da endocrinologia, da psicanálise e da cirurgia localizados historicamente.

Não será descrita uma população ou categorias de pessoas-chave, pois o que este estudo procurou descrever foram encontros, práticas que performaram realidades múltiplas do corpo trans em um ambulatório. Para nos assistir nessa descrição, o item 2.3 – Cuidado e corpo múltiplo – abarca os conceitos de cuidado e corpo múltiplo para Mol (2002, 2006) e o corpo pensado por Espinosa lido por Deleuze (2002), que pensa encontro e potências de afetar e ser afetado.

O capítulo 3 – A construção da pesquisa: método e descrição do espaço do ambulatório – traça o caminho percorrido pela pesquisa e o método da praxiografia (MOL, 2002). Também descreve o espaço físico do ambulatório e seu cotidiano. O capítulo 4 – Acolhimento – traz as primeiras práticas para com um paciente ingressante: o primeiro encontro com os profissionais que acolhem e estipulam práticas de cuidado junto com o paciente.

Seguindo os atendimentos no capítulo 5 – Práticas da enfermagem e do serviço social –, são descritos os encontros com os pacientes depois do acolhimento feito por essas duas profissões. Esse espaço foi articulado entre essas disciplinas, que criaram as práticas de medições de retaguarda sociais e saúde geral e o acompanhamento longitudinal destas. A transexualidade é produzida em miligramas de hormônios, mas também em centímetros de busto e quadril. E às profissões a militância. O item 5.1 – Práticas que não se coordenam:

cuidados pós-cirúrgicos e cuidado multiprofissional – conta de uma união singular dessas duas práticas nos cuidados pós-cirúrgicos e a construção da demanda de uma conduta negociada multiprofissionalmente. No capítulo 6 – A reunião de equipe de um ambulatório de atenção integral à pessoa trans: a escuta da prática da fonoaudiologia –, descreve-se a cena de um menino trans em que uma fonoaudióloga o atendeu, ouviu sua demanda e trouxe a equipe. A escuta dela é articulada com os conceitos de interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: como o saber profissional e paciente coemergem no encontro.

No capítulo 7 – Prática da psicologia: do Supremo Tribunal Federal à subjetivação – é descrita a prática da psicologia na escrita de um documento para retificação de nome a partir das recentes decisões do Supremo Tribunal Federal referentes à decisão da retirada desse processo da responsabilidade de juízes. O capítulo 8 – Práticas cirúrgicas e apalpar pelo afeto – apresenta duas práticas de cirurgia. A de mamoplastia masculinizadora, que descreve a prática do cirurgião Francisco, e a cirurgia de João, que foi descrita em ontologias conforme os encontros com um profissional da endocrinologia, Lúcio, e um da psiquiatria, Sofia.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Núcleo de Estudos, Pesquisa, Extensão e Assistência à Pessoa Trans Professor Roberto Farina

No ano de 2016, na Universidade Federal de São Paulo campus São Paulo (Unifesp-SP), aconteceu o 1º Fórum de Debates Sobre Transexualidade, Travestilidade e Atenção Integral na Saúde da Pessoa Trans. Ele contou com a participação de toda a comunidade acadêmica – estudantes, técnicos administrativos especializados (TAEs) e docentes –, comunidades e movimentos LGBT; e agentes de saúde (União, estado e município). Teve o objetivo de dialogar sobre políticas de atenção à saúde das pessoas trans com a perspectiva de implementar um programa de atenção à saúde a essa população em todos os campus da Unifesp. Nesse fórum foram apresentados e discutidos panoramas atuais e desafios das políticas públicas e serviços de saúde voltados às pessoas trans, e foram relatadas vivências e experiências da transexualidade e travestilidade no Brasil em diversos setores: na universidade, nos serviços de saúde, na cidade².

A partir da experiência desse Fórum começou a ser desenhado um núcleo que pudesse pensar as vivências trans e travestis dentro e fora da comunidade acadêmica, em todas as suas dimensões, sendo ele planejado de forma interdisciplinar, com ações de atenção à saúde, pesquisa, extensão e ensino, orientado por uma visão política sempre em contato com os movimentos de pessoas travestis, transexuais e não binárias. Batizado em homenagem ao professor cirurgião plástico Roberto Farina, da Escola Paulista de Medicina, pioneiro em cirurgia urogenital no Brasil na década de 1970, o Núcleo de Estudos, Pesquisa, Extensão e Assistência à Pessoa Trans é criado pelo compromisso clínico, ético e político com a população trans.

Criado com a ambição de um núcleo, ele se divide em três frentes de ação: de pesquisa e produção de conhecimento, de extensão e suas ações para com a comunidade, e de assistência ambulatorial que presta assistência clínica à

² Informações coletadas do site do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Extensão e Assistência à Pessoa Trans Professor Roberto Farina, <http://nucleotrans.unifesp.br/>.

população trans. Destas, foi inaugurado o Ambulatório de Atenção Integral às pessoas trans, no dia 24 de março de 2017. A missão é a construção de cuidados baseados na despatologização, abrangendo nessa assistência o fortalecimento “acadêmico, científico, político e social, no sentido de promover o bem-estar da população de homens trans, mulheres trans, gênero não binário, travestis e transexuais”³.

O ambulatório atende por duas vias: pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS) por encaminhamentos do Centro de Referência e Treinamento IST/Aids Santa Cruz (CRT); e pela demanda interna de estudantes e funcionários da Unifesp. Ressaltam-se essas vias, entendendo que o ambulatório não tem verba ou espaço para dar conta de um número muito grande de pessoas (não se fazendo como porta aberta), além de ele se configurar como instituição pública pautada pelo SUS, que é orientado pelo princípio da equidade.

Toda última terça-feira do mês são elencados temas que tangem à temática trans, como retificação de nome. Eles são abertos a todos, dentro e fora da comunidade acadêmica, compostos por professoras e professores da Unifesp; profissionais interessados; pesquisadoras e pesquisadores e lideranças de movimentos sociais com pautas trans. As pautas abrangem discussões teóricas, propostas de parcerias com outras instituições que conversam com as questões trans e apreciações de pesquisas científicas da pós-graduação que conversam com a temática.

O núcleo não tem nenhuma vinculação departamental específica, o que o diferencia de outros serviços de assistência oferecidos pela Unifesp no campus São Paulo. Nessa independência, o núcleo consegue maior autonomia, sendo mais democrático e aberto em seus processos, porém fragiliza-se pela falta de recursos, desde bolsas até espaços físicos.

Os atendimentos acontecem todas as terças-feiras, no período da tarde, das 14 às 17 horas. Logo depois dos acolhimentos e atendimentos, há discussões de casos entre os profissionais atuantes. Por se tratar de um serviço em processo de

³ Informações tiradas do site do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Extensão e Assistência à Pessoa Trans Professor Roberto Farina, <http://nucleotrans.unifesp.br/>.

implantação e composto por profissionais voluntários, os cuidados ainda estão sendo inventados e protocolados. Atualmente o ambulatório é constituído por psicólogas, endocrinologistas, assistentes sociais, psiquiatras, enfermeiras e fonoaudiólogas. O acolhimento das pessoas trans que chegam ao ambulatório é feito por qualquer pessoa do ambulatório (individual ou coletivamente): nele são apresentadas à pessoa recém-chegada a ética e a dinâmica do ambulatório, são mapeados os caminhos em outras instituições de assistência até sua chegada e são investigadas as demandas dessa pessoa e o que o ambulatório pode oferecer. Depois desse primeiro contato, marcam-se outros encontros com profissionais e suas respectivas clínicas oferecidas.

1.2 Histórico das políticas públicas para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBTT) e o processo transexualizador no SUS

As políticas públicas para as pessoas trans são construídas em disputas. O Conselho Federal de Medicina (CFM), com suas resoluções que normatizam a cirurgia de transgenitalização; a participação dos movimentos LGBT na construção e regulamentação das políticas públicas do SUS; as invenções clínicas de profissionais e técnicos viabilizando cuidados singulares a essas pessoas e a produção de conhecimentos acadêmicos são instituições e movimentos que produzem narrativas de direitos e cuidados a essas pessoas no Brasil (LIMA & CRUZ, 2016).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), atento à crescente produção de material científico que descrevia a existência transexual como doença, e pressionado pela grande procura, por todo o Brasil, de profissionais e usuários que alegavam o intenso sofrimento que a transexualidade acarretava, autorizou a resolução nº 1842/97, que regulamentou o tratamento cirúrgico – neocolpovulvoplastia, neofaloplastia, modificações de gônadas e de órgãos sexuais secundários – a pessoas transexuais em caráter experimental. Por meio dessa resolução, o CFM revê sua posição que considerava a cirurgia de transgenitalização

como crime de mutilação, e afirma esse procedimento como essencial ao tratamento de “transexualismo”⁴.

Há expansão dessa normativa pela resolução nº 1652/2002, que retirou o caráter experimental da cirurgia de neocolpovulvoplastia. A regulação mais recente é a de nº 1955/2010, que retira o caráter experimental da hormonioterapia masculinizante, da mastectomia, da histerectomia e da anexectomia bilateral. O caráter experimental da neofaloplastia foi mantido.

Para se qualificar para o processo transexualizador, é necessário o diagnóstico de “transexualismo” (código F64.0), baseado nos critérios estipulados pelo Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e pela Associação Americana de Psiquiatria em seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM)⁵, em sua quinta e última versão, publicada em maio de 2013, que revê o diagnóstico de transtorno de gênero e o substitui por disforia de gênero, não alterando muito a descrição dos critérios de diagnóstico. Para isso, é preciso a avaliação de uma equipe multidisciplinar – médico psiquiatra, cirurgião, psicólogo, assistente social e clínico geral – em um período de dois anos, confirmando o diagnóstico de “transexual verdadeiro” (BENTO, 2010).

Em uma segunda linha de construção de políticas públicas para as pessoas trans, o movimento LGBT se destaca. Os direitos conquistados pelos movimentos de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) nos últimos trinta anos foram expressivos: portarias abertas e políticas públicas construídas pela articulação de movimentos sociais junto ao poder executivo em todos os níveis – municipal, estadual e federal –, por meio de diferentes setores – educação, assistência social, saúde. Com grande articulação intersetorial e transversal na construção de políticas públicas, a luta LGBT difere das de outros movimentos sociais (MELLO et al., 2011).

Essas vidas que sofrem discriminações devido à orientação sexual e/ou identidade de gênero exigem cuidados implicados politicamente, sendo importante a

⁴ Sufixo de origem grega, “ismo” denomina doença para a medicina.

⁵ No CID 11, lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Junho de 2018, houve a revisão do diagnóstico de transexualismo. Ele foi removido do capítulo de doenças mentais e agora está no capítulo sobre saúde sexual. Ele foi classificado com o nome de Incongruência de Gênero.

construção de políticas públicas movidas pelos princípios de integralidade e equidade, pressupostos éticos do Sistema Único de Saúde (LIONÇO, 2009). A integralidade possibilita abranger a saúde em suas complexidades históricas, sociais e culturais, possibilitando lidar com o processo de cuidado para além da linearidade doença-cura; contrariando o monopólio da percepção da saúde pelos saberes biomédicos (SILVA & LIMA, 2005; MEDEIROS & GUARESCHI, 2009). A equidade, segundo Lionço (2008, 2009), pauta a justiça social, que viabiliza o reconhecimento da diferença; não simplesmente como distinções entre populações estáveis em suas identidades, mas como desigualdade entre corpos universais e subalternos.

Os conceitos de integralidade e equidade foram expandidos em seu entendimento quando a população LGBT ganhou espaço na elaboração e aperfeiçoamento das políticas públicas de promoção e prevenção à aids, desafiando os conceitos epidemiológicos de risco e de políticas voltadas a mudanças de comportamento (GIANNA, 2010; PASSOS & BARROS, 2014). Quando a epidemia de aids teve seu início, na década de 1980, foram feitas ações de prevenção e promoção de saúde aos grupos de gays, outros homens que fazem sexo com homens e travestis, com foco em comportamentos de risco, resultando em incentivos para a utilização de preservativos. O conceito de risco foi mudado ao passo que foram pensadas as práticas sexuais em sua vulnerabilidade, entendendo-as como implicadas em um contexto social de violência, estigma e exclusão.

Em relação a políticas públicas de assistência à saúde em níveis federais, em 2004 é criado o “Programa Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual”, construído pelo governo federal junto aos movimentos sociais. Esse programa estimulou inúmeras ações intersetoriais com o objetivo de promover políticas afirmativas à população LGBT. Por meio dessas ações, o Ministério da Saúde inaugurou o Comitê Técnico da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, que ficou com o desafio de escrever a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2010b).

Essa política tinha como premissa a ação transversal pelas diversas áreas do Ministério da Saúde, abrangendo a promoção, prevenção, tratamento e a formação

permanente de profissionais de saúde. Ela instaura diversos conceitos e perspectivas, em uma linguagem estratégica que consegue abordar diferenças – gênero, raça, sexualidade – ampliando o entendimento do processo de saúde-doença em suas complexidades políticas (BRASIL, 2010b).

Outra conquista dos movimentos LGBT na assistência à saúde foi a elaboração e a publicação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, pela portaria nº 675, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006). Esse documento registra e legitima o direito dos usuários do SUS ao cuidado livre de preconceitos e discriminação, e enfatiza o direito de todas as pessoas serem chamadas pelo nome que preferirem.

Em relação às portarias abertas pelo SUS, há a abertura da nº 457 de 2008, que regularizou financiamentos, técnicas e éticas do processo transexualizador no Sistema Único de Saúde. Lionço (2009) afirma que a diferença da regularização no Brasil em relação a outros países é que essa portaria abrange as complexidades de discriminação e estigma que elas vivem, prevendo a autonomia das pessoas e o cuidado em sua integralidade.

Posteriormente, há a publicação da portaria nº 2803 de 2013, que redefine e amplia o processo transexualizador no SUS (BRASIL, 2013). Essa portaria prevê, além do aumento dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, a integralidade do cuidado às pessoas transexuais no SUS, enfatizando que a porta de entrada para essas pessoas se dê pela Atenção Básica em Saúde e que é necessário o acolher humanizado pelos profissionais e demais usuários, enfatizando a importância da sensibilização à dignidade humana e às diferenças.

No contexto do Estado de São Paulo, o Programa Estadual de IST/Aids (PE IST/Aids-SP) foi construído como política pública intersetorial articulada junto a movimentos sociais, com objetivos de prevenção e promoção da saúde às pessoas acometidas pelo vírus da aids e outras ISTs. Suas ações para com a população são sempre pautadas pelo enfrentamento do preconceito e do estigma, procurando garantir a ela o direito à saúde integral e o acesso aos serviços de assistência (GIANNA, 2010). A sede do PE IST/Aids-SP é o Centro de Referência e Treinamento IST/Aids-SP (CRT IST/Aids-SP).

Atento às demandas específicas das pessoas trans, e orientado pelos preceitos de integralidade e equidade, o CRT IST/Aids-SP implantou, na cidade de São Paulo, o primeiro ambulatório para travestis e transexuais da cidade, inaugurado em 2009 (GIANNA, 2010). O ambulatório é instalado junto com movimentos sociais e parcerias com instituições da rede pública de saúde: o Hospital das Clínicas, que atende pessoas transexuais e realiza o processo transexualizador, e o Hospital Estadual de Diadema, que ficou responsável pelo tratamento de redução de danos às complicações vindas das próteses de silicone industrial.

Os procedimentos e avaliações disponíveis no ambulatório são: acolhimento, no qual se inicia a relação com o usuário e suas demandas; avaliação social, que mapeia recursos e defende direitos das pessoas trans; atenção e avaliação psicológica; avaliação médica; avaliação endocrinológica; avaliação urológica, que previne e avalia intercorrências geniturinárias e traumas relacionados a violências sexuais; avaliação proctológica, que diagnostica e orienta tratamentos relacionados às práticas anais; avaliação psiquiátrica; atendimento fonoaudiológico, que possibilita a modulação de voz.

A existência trans passa a ser pautada como uma vida a ser cuidada, tratada e curada pelo crivo do diagnóstico de disforia de gênero, que se coloca como pré-requisito de entrada de pessoas trans na rede de saúde (ALMEIDA & MURTA, 2013; BENTO, 2006, 2010; BORBA, 2016). Os movimentos políticos de pessoas transexuais divergem em seus posicionamentos sobre o acesso a hormônios e cirurgias por meio do diagnóstico. Almeida e Murta (2013), mesmo tecendo críticas ao diagnóstico, comentam que não se pode ignorar os aspectos positivos da visão hegemônica da transexualidade como disforia de gênero. Por meio dessa categoria diagnóstica é evidenciado o sofrimento físico dessas pessoas, tornando seus corpos passíveis de clínicas e intervenções cirúrgicas e hormonais.

Butler (2009) entende que o diagnóstico de disforia de gênero produz vários efeitos – como viabilizar uma vida, dar sentido a uma vivência deslegitimada – e cita pensamentos que apostam nessa entrada nos procedimentos de cirurgia e hormonização como estratégia política. Porém, ainda segundo ela, em uma codificação transfóbica o diagnóstico pode ser usado como instrumento de exclusão

e tutela. Mesmo o diagnóstico sendo usurpado em estratégias cínicas ao pensamento biomédico, ele continua organizando pressupostos que agravam a autonomia trans, em uma narrativa hegemônica que resume vidas em uma linguagem biomédica.

Bento e Pelúcio (2012) afirmam que patologizar a transexualidade não garante direitos à saúde, e simplificam a experiência transexual em previsibilidades de cura e normalização. Denunciam sentidos comuns na descrição do transtorno de gênero, afirmando que o pensamento científico hegemônico e o senso comum se retroalimentam, fazendo das recorrências visíveis do dimorfismo entre homens e mulheres algo natural, óbvio e a-histórico, referendadas em provas científicas. Além disso, a descrição do diagnóstico enquadra desejos de pessoas trans, descrevendo-os em riscos – como desejos suicidas, desejos de mutilação –, deslegitimando a capacidade de agência de vidas singularidades em diferenças. O que das transexualidades e travestilidades as resoluções, clínicas, intervenções cirúrgicas e de hormônios procuram entender, responder, curar?

2 CORPOS, GÊNEROS, DIFERENÇAS E CUIDADOS

2.1 Diferença e gênero

Foucault (1984) evidencia o corpo moderno controlado e produzido pelo dispositivo de sexualidade que configura e inventa corporeidades em meio a jogos de saber/poder. Saberes médicos e jurídicos que produzem práticas, prazeres e sentires e que lutam para mapear a vida em todos os seus milímetros, em verdades que legitimam um viver universal. Na linha de pensamento de poder que Foucault inaugura, Butler (2003, p.153-154) pensa que os discursos impõem realidades e possibilidades a corpos; corpos sexuais que ganham materialidade e inteligibilidade segundo normas:

[...] o “sexo” não apenas funciona como uma norma, mas é parte de uma prática regulatória que produz os corpos que governa, isto é, toda força regulatória manifesta-se como uma espécie de poder produtivo, o poder de produzir – demarcar, fazer, circular, diferenciar – os corpos que ela controla. Assim, o “sexo” é um ideal regulatório cuja materialização é imposta: esta materialização ocorre (ou deixa de ocorrer) através de certas práticas altamente reguladas.

Butler (2014) descreve que essa norma pressupõe atos estilizados que dão inteligibilidade aos corpos. Essas práticas são como performances: atos que produzem e reproduzem normas e que têm como efeito a invenção de uma linearidade entre sexo, gênero, desejo e práticas sexuais; metafísica de uma substância pré-discursiva. Portanto, os efeitos de linearidade de um corpo “não são características lógicas ou analíticas da condição da pessoa, mas, ao contrário, normas de inteligibilidade socialmente instituídas e mantidas” (Ibid., p.53).

Performances estipulam diferenciações entre corpos sexuais, fazendo-os legíveis na diferença dicotômica. Masculino e feminino; homem e mulher, organizados em pressupostos de uma totalidade que se complementa e que nisso impõe eliminações de outros possíveis. Scott (1989) pensa essa diferença de corpos por meio do conceito “gênero”, possibilitando entender, por meio dessa categoria de análise, corpos sexuais produzidos em relações de diferenças sempre conectadas em processualidades históricas e políticas.

Essas diferenças são organizadas por uma matriz heterossexual que desenha expectativas sociais a uma coerência linear e relacional entre corpos (MISKOLCI, 2014). A heterossexualidade é uma relação política que organiza e gerencia a vida, uma biopolítica que produz corpos *straight*, “produtos de uma divisão do trabalho da carne, segundo a qual cada órgão é definido por sua função” (PRECIADO, 2011, p.12).

O sexo, a vida, o ser, portanto, não se essencializam em uma matriz biológica ou significativa como estruturas pré-discursivas, mas se constituem em uma ontologia social. Butler (2015) propõe o conceito de enquadramento para pensar projetos políticos de visibilidade e dizibilidade que enquadram, legitimam e fazem inteligíveis corporeidades. Pensando a ontologia da vida como vivível sempre em intrínseca dependência de uma historicidade política:

O “ser” do corpo ao qual essa ontologia se refere é um ser que está sempre entregue a outros, a normas, a organizações sociais e políticas que se desenvolveram historicamente a fim de maximizar a precariedade para alguns e minimizar a precariedade para outros. [...] Antes, ser um corpo é estar exposto a uma modelagem e a uma forma social, e isso é o que faz da ontologia do corpo uma ontologia social. (Ibid., p.15)

Os mecanismos de enquadrar se escrevem em jogos de verdades que, ao mesmo tempo que reconhecem existências como vidas dignas de cuidado – passíveis de luto –, excluem outras, deixando-as invisíveis, subestimando cuidados ou fazendo-os em tutelas. A vida se faz vivível e apreensível no momento em que há referendos de saberes e instituições que garantem proteção e cuidado:

A capacidade epistemológica de apreender uma vida é parcialmente dependente de que essa vida seja produzida de acordo com normas que a caracterizam como uma vida ou, melhor dizendo, como parte da vida. Desse modo, a produção normativa da ontologia cria o problema epistemológico de apreender uma vida, o que, por sua vez, dá origem ao problema ético de definir o que é reconhecer ou, na realidade, proteger contra a violação e a violência. (BUTLER, 2015, p.16)

Enquadramentos jogam corpos desalinhados da norma às ontologias individuais, patologizantes, escondendo as implicações sociais da produção de corpos e fazendo vidas não compreensíveis, abjetas. Vidas que cruzam as linhas que separam o humano do inumano em falhas de uma norma que exige reiterações de atos (BUTLER, 2015).

Ao inventar outras existências e exprimir a aleatoriedade da repetição de atos estilizados, esses corpos ficam suspensos, invisíveis nas fronteiras de existências humanas possíveis. Fronteiras são lugares de policiamento, de tutelas e ao mesmo tempo lugares de transgressão e criação (LOURO, 2013). Políticas públicas, clínicas e pesquisas tentam dar luz a essas vidas ilegíveis, tentam codificar desejos inválidos em perigosos, dar concretude a esses corpos segundo fatos teóricos, diagnósticos ditos precisos, porém, “o preciso” escapa pelas múltiplas conexões sociopolíticas daquele corpo (BENTO, 2010; BORBA, 2016).

Bento (2006, p.15), em sua etnografia com pessoas transexuais inscritas no processo transexualizador em um hospital, caracteriza a transexualidade como experiência identitária em conflito com as normas de gênero, definição que segundo ela “confronta-se com a aceita pela medicina e pelas ciências psi que a qualificam como uma ‘doença mental’ e a relacionam ao campo da sexualidade e não ao gênero”.

A existência trans é compreendida como vida transviada: corporalidade que evidencia fragilidades na produção de corpos sexualizados e saudáveis e que foge da linearidade heterossexual, torcendo verdades dissecáveis de corpos anatômicos. Desviando de imperativos de uma genitália óbvia, escreve narrativas estranhas, performances outras, agenciando corporalidades em linhas subjetivas, moleculares e prostéticas: da injeção de hormônios a próteses de silicone (BENTO, 2006; PRECIADO, 2018).

Benedetti (2005), em sua etnografia com travestis que se prostituem, ao tentar definir o grupo interlocutor de sua pesquisa, usa o termo *universo trans* como tentativa de abarcar as várias implicações na formação de identidades possíveis que envolvem corpos em “transformação de gênero”. Pelúcio (2009), em sua etnografia que investigou o modelo preventivo de aids junto a travestis pelas noites de São Paulo, demonstra que a construção de corporalidades e moralidades das travestis é agenciada em intersecções com o território, configurando performances em relações com a vida noturna pelas margens da cidade. Nos pontos de prostituição, nas casas de bombadeiras e cafetinas e com a clientela, as travestis circulam e se relacionam aprendendo performances de gênero configuradas em modulações de próteses de

silicone, hormônios e moralidades heteronormativas. Os territórios convocam codificações segundo fixações provisórias:

Debruçar-se sobre essa mobilidade/fluidez é uma forma de pensar a própria constituição dessa cultura sexual, pensá-la na relação com o seu entorno e, assim, com a heteronormatividade. A circulação das travestis, ainda que intensa, se faz pelas margens. É nesse território da abjeção que elas articulam suas redes fluidas que se constituem “no aqui”, para se desmancharem num momento impreciso e se reconstituírem em outro lugar, um lugar sempre marcado, cujos nós são, paradoxalmente, fixos. (Ibid., p.74-75)

Todas essas autoras e esse autor encontram dificuldades e tomam precauções na escolha de definições das pessoas que acompanham nos seus estudos. As produções de corpos e de gêneros são feitas em diversas conexões: sem um enquadramento específico de uma população, os corpos são feitos localmente, em agenciamentos singulares. Descrever as tramas da produção de um corpo trans desenvela analisadores de conceitos produzidos pela cultura ocidental como o corpo/sexo/sexualidade, que se pretendem dicotômicos e estanques, como natural/artificial, individual/social.

Brah (2006, p.374) pensa identidades produzidas em intersecções e relações de diferença. Entre historicidades coletivas, que escrevem e reescrevem sentidos e representações referendadas por discursos de saber/poder, as subjetividades, que são agenciadas em infinitas combinações de marcadores da diferença, locomovem-se em posições de sujeito. Entre representações e agenciamentos “o sujeito-em-processo experimenta a si como o ‘eu’, e tanto consciente como inconscientemente desempenha novamente posições em que está situado e investido, e novamente lhes dá significado”.

Haraway (2016) cria a figura do ciborgue para dar conta de uma pós-humanidade que se faz em redes e que extrapola dicotomias entre corpo/máquina, individual/social: sem pontos de origem, ou sujeitos atuantes, mas em conexões. O gênero, o sexo, a identidade perdem-se em meio a agenciamentos que se conectam em variadas historicidades, localidades e tecnologias.

Preciado (2018, p.78), aliado à concepção de Butler de performance como repetição de atos que dão inteligibilidade a um corpo, entende ficção somática como

processo de produção tecnopolítica de corpos genereficados orientados em uma matriz heterossexual: “um centro somato-político para produção e governo de subjetividade”. Ele vai além de Foucault sobre o biopoder e adiciona nessa amálgama de saberes e poderes que produzem e controlam corpos as tecnologias hormonais, cirúrgicas e semióticas (no caso, a pornografia na construção do desejo masculino). A era farmacopornográfica, como ele coloca, fica em justaposição aos mecanismos da sociedade disciplinar e seus aparelhos de controle arquitetônicos. As tecnologias fazem parte do corpo.

2.2 Dispositivo da transexualidade

A transexualidade emerge como categoria diagnosticável em meio a invenções médicas, psicológicas e tecnológicas. A partir da segunda metade do século XX a transexualidade passou a ter sua própria tipologia com explicações e conduções terapêuticas. Isso se deu por vias genealógicas que diferenciaram a transexualidade de explicações morais (perversões), passando a ser identificada no âmbito médico; diferenciaram-na de distúrbios delirantes (esquizofrenia, psicopatia); e a aumentaram para além de explicações estritamente biológicas, abrangendo implicações sociológicas e psicológicas (papéis de gênero). Bento (2006, 2010), inspirada pelo conceito de dispositivo de Foucault, chama essa rede de saberes, éticas e clínicas terapêuticas de dispositivo da transexualidade, que agrimensa a existência trans como objeto político e clínico.

Desses saberes, destacam-se algumas vozes que ainda ecoam e delimitam as práticas de saúde às vivências transexuais, definindo diagnósticos e ditando condutas terapêuticas. Harry Benjamin, em 1953, em sua obra *O fenômeno transexual*, circulou “o transexual verdadeiro”, caracterizando-o como o sujeito que apresenta o desejo de ser de outro sexo desde sua nascença. Defendeu que a intervenção cirúrgica se faz necessária a essas vidas desalinhadas, contrariando saberes psicológicos que negavam que a cura de um “fenômeno da psique” se dê por intervenções cirúrgicas (BENTO, 2010).

John Money, professor de psicopediatria, se aproxima dos conceitos sociológicos de Papéis Sociais em seus estudos da intersexualidade. Money

caracteriza o desenvolvimento psicosexual como contínuo ao desenvolvimento embrionário do sexo, relacionando a dimensão social das identidades de gênero aos comportamentos sexuais (SANTOS, 2011). Money em seus estudos estipulou que a diferença sexual se dá de forma essencialmente dimórfica, instaurando a heterossexualidade como destino fundamental do desenvolvimento sexual humano (BENTO, 2006; PRECIADO, 2014).

Robert Stoller foi uma das vozes epistemológicas fundamentais na invenção de conduções clínicas e terapêuticas à transexualidade ao retirá-la do lugar das perversões, definindo uma origem da construção de uma identidade transexual. Baseado em suas pesquisas e estudos de caso, a relação parental para com as crianças se faz muito importante na modelação da sexualidade. A relação exagerada da mãe com o filho e a ausência da figura paterna fazem o filho se identificar com a imagem da mãe, acarretando a transexualidade (SANTOS, 2011). Stoller tipifica uma explicação pelo Édipo que ainda faz ecos nos entendimentos e clínicas aos cuidados de pessoas trans.

Outra linha ontológica na produção dos corpos trans foi o desenvolvimento de tecnologias na primeira metade do século XX, no período pós-guerra. A produção de hormônios sintéticos e de próteses foi de grande importância na produção de corpos e realidades de gênero. A transexualidade se fez inteligível e articulável, ao passo de explicações de gênero nas moléculas hormonais em termos de feedbacks fisiológicos, e a modelação plástica que as próteses de silicone possibilitaram (PRECIADO, 2018; SANTOS, 2011).

Explicações em tecnologias hormonais, intervenções médicas em genitálias malformadas, educação sexual na formação de papéis de gênero; todas essas práticas e saberes médicos e psicológicos inventaram ontologias e curas diferentes das transexualidades, mas que comungaram na oficialização de procedimentos ao processo transexualizador (BENTO, 2006; SANTOS, 2011). Esse processo tenta ser normatizado pelas Normas de Atenção à Saúde das Pessoas Trans e com

Variabilidade de Gênero (2012) da WPATH (World Professional Association for Transgender Health)⁶.

2.3 Cuidado e corpo múltiplo

No que tange a cuidado, existem conceitos e estudos sobre o encontro entre profissional e paciente e o que é arquitetado no ato de cuidar. Os profissionais de saúde estão entre políticas públicas e o cuidado em ato, agenciando redes de saúde em jogos políticos e éticos no encontro de vidas que procuram ser cuidadas. No encontro eles articulam profissões e suas respectivas ferramentas tecnológicas, que ditam saberes e organizam suas práticas.

Annemarie Mol (2006) estuda as práticas em saúde implicadas na relação entre pacientes diabéticos e profissionais de saúde. Sua pesquisa define o ato de cuidar pelas microrrelações estabelecidas entre enfermeiros, médicos e pacientes: da conversa de uma consulta negociando a demanda do paciente até o modo de ensinar a medir glicose por meio de aparelhos. Ela mapeia duas lógicas que se disputam e misturam na prática em saúde: a lógica de escolha e a lógica de cuidado.

A lógica de escolha é baseada na relação de saúde pautada na perspectiva de mercado. O encontro entre paciente e profissional é compreendido como relação de mercadoria e consumo, sendo os pacientes consumidores de livre escolha e os profissionais que ofertam mercadorias em opções de condutas bem definidas e únicas. Portanto, pode-se entender esse tipo de lógica focada na oferta de procedimentos, que pressupõe a escolha de um deles pelo paciente-consumidor.

Já na lógica de cuidado, o paciente é visto como um cidadão e a saúde é entendida como direito. O paciente disputa práticas em sua relação com o profissional de saúde. O paciente, como categoria móvel, desafia prescrições e negocia constantemente com o profissional de saúde. Ele não se faz como um indivíduo unificado em suas escolhas, ele é inconstante. O profissional, por sua vez, elabora possibilidades de atendimentos e extrapola “demandas espontâneas”, já dadas, ouvindo o paciente e inventando outras possibilidades de cuidado. Os

⁶Antiga HBIGDA (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association).

procedimentos de cuidado nunca estão dados, estão sempre em processo, entendendo que a vida também se dá em processualidades, sem soluções últimas (MOL, 2006).

Em outra pesquisa, Annemarie Mol (2002) articula o método de praxiografia, a etnografia que descreve realidades performadas no meio de práticas, para estudar as realidades múltiplas da doença da arterioesclerose em um hospital. Para chegar na materialidade do corpo performada na prática, analisa dicotomias sujeitos/objetos. Analisa o conceito de “perspectivas” dos estudos de ciências sociais, que instaura a dicotomia entre social e o corpo biológico.

As ciências sociais inventaram o objeto “social” como estratégia para estudar doenças (“*disease*”, em sua pesquisa), reivindicando-o para si em meio aos saberes biomédicos, hegemônicos no entendimento dos processos de saúde e doença (“*illness*”). Separaram do corpo físico interpretações sociais e culturais, isolando-o e rodeando-o por vários sujeitos que o conhecem, até escutam – a interpretação do médico, do paciente –, mas não o tocam. O que chama atenção para ela, e para esta pesquisa também, não são as perspectivas dos profissionais e pacientes – “o que é o cuidado em saúde para você?” –, mas a performance (*enact*⁷) das práticas: escolhas, receios, felicidades de encontros.

Quando é pressuposta a dicotomia não é possível apalpar uma realidade física, em sua materialidade e praticidade, só interpretá-la, significá-la, metaforizá-la. Butler (2014) também caminha por essa ressalva, na dicotomia do gênero e sexo, como duas entidades separadas estrategicamente para pensar “gênero” como construção social, mas deixando o sexo como estrutura pré-discursiva e a-histórica. Armadilhas que tentarei evitar nesta dissertação. Butler (Ibid.) entra no meio do discurso – não antes, em essências pré-discursivas, nem em construção em cima de uma forma fixa –, estipula a ideia de performance como produção de realidades corporais por meio de repetições de atos estilizados. Essas ações são produzidas e

⁷ Mol faz a escolha do verbo *to enact* para trabalhar as realidades encenadas pela e na prática, pois quer fugir da discussão do termo “performance” usado na literatura científica. Ela inventa então um novo conceito: *enact*. Contudo, optarei aqui por continuar a me alinhar ao conceito e pensamento de performance de gênero usado por Butler, traduzida dessa forma em suas obras aqui no Brasil.

reconhecidas segundo normas discursivas, que estipulam uma linearidade genítalia-gênero-desejo. Práticas repetidas que garantem inteligibilidades corporais.

Outra importante crise analisadora que Mol (2002) coloca é quanto aos estudos de medicina, que sempre supõem uma separação entre o sujeito que conhece e o objeto que é conhecido. As ciências sociais tentam recolocar o sujeito que é conhecido e produzido pelos saberes da medicina no lugar de agência: paciente que tenha um conhecimento próprio. Ela então extrapola essa dicotomia e tenta analisar em sua pesquisa o saber incorporado na prática, que não se resume aos sujeitos atuantes, mas também está nas arquiteturas, tecnologias e diferenças de tempos.

Os objetos de estudo desta pesquisa não são sujeitos em suas interpretações e ações particulares, mas encontros. Na sala de discussão de casos, nas clínicas, em mesas cirúrgicas, nas negociações entre serviços e portarias do SUS. Enfim, localidades, tecnologias, sujeitos – a pessoa trans e o profissional – que performam cuidados. Enfim, a praxiografia é uma etnografia que estuda as realidades feitas localmente, no encontro de práticas, objetos e linhas políticas que as envolvem. Práticas que performam multiplicidade de um corpo em uma união sempre provisória; corpo múltiplo:

Talking about reality as *multiple* depends on another set of metaphors. Not those of perspective and construction, **but rather those of intervention, and performance**. These suggest a reality that is *done* and *enacted* rather than observed [...]. Rather than being seen by centre, reality is manipulated by means of various tools in the course of a diversity of practices. (MOL, 1999, destaque nosso)

Pereira (2012a, p.524) descreve os limites das narrativas biomédicas quando profissionais de saúde se encontram com alteridades (no caso do artigo, povos indígenas). O limite é “algo que acontece entre dois universos e como aquilo ocorre entre dois mundos”, ou seja, “limite implica processos de tradução entre dois universos”. Sempre haverá territórios que escapam do saber, que se safam de traduções precipitadas, e nesses vislumbres de não significados pode haver as possibilidades do afeto pelos profissionais de saúde e eles articularem com o não saber e produzir novas práticas. Butler (2015, p.24) aposta no conceito de vida

precária como ética de perceber corpos vivos em sua dependência social e política; ética perceptiva de vislumbrar o estrangeiro, perceber para além do enquadramento, para além da moldura que o pressupõe:

A moldura nunca determinou realmente, de forma precisa o que vemos, pensamos, reconhecemos e aprendemos. Algo ultrapassa a moldura que atrapalha nosso senso de realidade; em outras palavras, algo acontece que não se ajusta à nossa compreensão estabelecida das coisas.

Afecções desencadeiam um acontecer que ultrapassa verdades emolduradas por teorias e profissionalidades. Ricardo Teixeira (2015), inspirado em Espinosa lido por Deleuze (2002), ajuda a pensar o cuidado em saúde pautado pelo afeto de uma clínica do comum. Espinosa descreve um corpo em duas proposições: como relações de velocidades e lentidões, nas quais o corpo tem constituição volátil. Nesse caso, o corpo é constituído por relações extensivas com partes, de fora e com as dele mesmo, como modificações de uma substância única e infinita. A singularidade de cada corpo é resultado de ilimitadas combinações de relações das partes que o compõem (TEIXEIRA, R. R., 2015). O corpo que cambaleia nos entres. Forma-se e se deforma de um jeito que ele “nunca começa, nunca se recomeça tudo novamente, a gente desliza por entre, se introduz no meio, abraça-se ou se impõe ritmos” (DELEUZE, 2002, p.128).

A segunda proposição se refere a um corpo segundo sua capacidade de afetar e ser afetado. Os corpos aumentam ou diminuem a potência de vida por relações intensivas. Encontros intensivos com outros corpos, que podem compor ou decompor relações. Os corpos lutam para se preservar (*Conatus*) e é por meio das composições que aumentam a potência de afetar e de ser afetado que produzem novas existências, novas possibilidades de vida (TEIXEIRA, R. R., 2015).

“A palavra ‘afetar’ designa o efeito da ação de um corpo sobre o outro, em seu encontro” (ROLNIK, 2014, p.57). Afetos não são sentimentos interiores dos sujeitos, são fluxos, forças, que passam pelos corpos, nas intersecções destes; atravessando e superando separações entre diagnósticos e curas: “trata-se, portanto, de uma zona de indeterminação, de indiscernibilidade, como se coisas, animais e pessoas atingissem um ponto (embora no infinito) que precede

imediatamente sua diferenciação” (PEREIRA, 2012a, p.527). Nesse limite entre dois corpos, dois mundos que, segundo Ricardo Teixeira (2015), produz-se o comum.

3 A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA: MÉTODO E DESCRIÇÃO DO ESPAÇO DO AMBULATÓRIO

Esta pesquisa foi realizada no ambulatório do Núcleo de Assistência Multiprofissional à Pessoa Trans Roberto Farina, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), no período de um ano: de julho de 2017 a julho de 2018. O objetivo foi descrever as práticas atravessadas por tecnologias, saberes e toques, no encontro entre profissionais de saúde e pessoas trans.

Este estudo é uma praxiografia, tal como proposto por Annemarie Mol (1999, 2002, 2006). Mol (1999) relaciona o conceito de política com ontologia, pois entende que nada precede a realidade: seja em essências, seja em bases para construções sociais. Realidades são feitas pelas e nas práticas, ou seja, nunca se fecham, são provisórias e em tensão. Esse método possibilitou entrar no meio de práticas, para descrever corpos produzidos em linhas políticas que se interseccionam, ou seja, descrever corpos em ontologias-na-prática.

A ignição do estudo foi pelo meio, na imersão no cotidiano do ambulatório. Particpei das reuniões mensais e das discussões de caso entre profissionais, ouvi e puxei conversas nas salas de espera e corredores; procurei seguir os cronogramas de atendimento e qualquer outra atividade que é realizada no local.

Em outro nível de implicação, particpei das práticas no ambulatório como psicólogo voluntário. Fazendo de meus impasses, medos e intervenções junto à equipe analisadores da prática da psicologia às pessoas trans. Aqui foi analisada a prática da psicologia no ambulatório, especificamente a escrita de um documento para retificação de nome de uma paciente.

Acompanhei as práticas de acolhimento, enfermagem, assistência social, fonoaudiologia, psicologia, endocrinologia, psiquiatria. Pedia à(ao) profissional e às(os) pacientes se poderia estar presente no encontro. Se ambas as partes concordassem, eu participava observando. Na psicologia e na psiquiatria não foi possível. Os profissionais acharam melhor eu não participar, pois havia sempre a possibilidade, segundo eles e elas, de interferir em suas clínicas. Foram também

acompanhadas duas cirurgias em dois hospitais, para onde pacientes do ambulatório foram encaminhadas. Uma de mastoplastia masculinizadora e a outra de ablação de tecido intestinal vaginal. Também foram feitas entrevistas livres com os profissionais do ambulatório.

Realizei também uma entrevista com um paciente cuidado pela equipe. No projeto desta pesquisa a pretensão era pensar quais casos deveriam entrar no percurso da pesquisa junto aos profissionais. Porém, essa pessoa apareceu nos encontros: das reuniões do serviço em que se discutia o caso à mesa cirúrgica, não precisando conversar sobre os motivos bem determinados da escolha. Eu me afetava e percebia o afetar-se dos profissionais. Favret-Saada (1990) apresenta o que é ser afetado em uma pesquisa etnográfica, descrevendo momentos em que o pesquisador se livra de uma comunicação de tradução rápida, interpretativa, significativa e se perde na não compreensão.

A entrevista como tática de produção de dados para esta pesquisa não só focou as representações do conteúdo vivido pelo entrevistado – o que significa cuidado, o que significa sua profissionalidade –, mas também, e principalmente, algo que escape das representações da experiência individual. Algo que o entrevistado e eu não conseguimos explicar, representar, significar naquele momento. Procurei ficar à espreita nas falas dos entrevistados, atento às intensidades que deslocam as palavras (TEDESCO, SADE, CALIMAN, 2013). Uma entrevista que afete no sentido que Favret-Saada (1990) descreve: deixar-se ser bombardeado por intensidades, que mobilize tanto os estoques de conceitos e teorias do pesquisador como as representações do entrevistado.

Adotarei pseudônimos para todos(as) os(as) interlocutores(as), para garantir o anonimato e a confidencialidade. Apresentei aos(às) interlocutores(as), depois de informadas as especificidades da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que todos(as) o assinaram. Cumpridas todas as exigências, a pesquisa foi aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP sob o parecer 69561417.6.0000.5505.

3.1 O ambulatório

Galga-se uma rampa, com corrimões verdes. Entra-se por 2 portas seguidas, ambas abertas em dia de funcionamento. Uma de madeira verde e a seguinte com grades de ferro. Finalmente dentro do ambulatório, você depara com uma pequena recepção: cadeiras, pessoas sentadas, algumas de pé, conversando, quietas, se conhecendo, alegres, outras impacientes, algumas sonecas. No lado esquerdo, uma abertura na parede separa esse primeiro espaço do da secretária. No lado direito, uma escada, que leva às salas de atendimento do segundo andar. Logo à frente um pequeno corredor: quando duas pessoas passam ao mesmo tempo, elas precisam se encolher entre as paredes e cadeiras. Passando-o, há os banheiros, separados para “médicos” e “pacientes”. Dois bebedouros. Há uma sala com dois ambientes no fundo, onde os profissionais esperam pacientes, discutem casos e causos do fim de semana.

Voltemos à secretaria: dois computadores, armários com os prontuários, estoques de papéis de receita e de evolução dos prontuários. Duas mulheres geralmente estão por lá para receber as pessoas e recolher os cartõezinhos amarelos dos pacientes. Neles estão anotados o dia e a hora de atendimentos. Elas dão entrada do comparecimento de cada paciente no sistema pelos computadores e pedem para aguardarem.

A recepção está sempre movimentada: idas e vindas de profissionais que conferem horários, checam se pacientes já chegaram, marcam retornos depois do atendimento do dia, procuram papéis de receita, de retorno, de evolução de encaminhamento.

Os horários são registrados na agenda do serviço, personalizada com clipes. As folhas só abrem às terças-feiras para facilitar a anotação pelos profissionais. Cada profissional é responsável pelo seu horário, verificando sempre os pacientes que estão marcados por eles mesmos, por pacientes ou outro profissional. Nos espaços reservados aos atendimentos de cada profissional é estipulado o número de pacientes atendidos: no caso do meu dia de atendimento, eu estipulo três encontros de uma hora, às vezes quatro, dependendo do dia e da pessoa que precisa conversar. Da endocrinologia às vezes passam de seis por dia, devido aos

poucos profissionais dessa especialidade e também à flexibilidade de tempo de cada encontro, podendo ser de 30 minutos, às vezes mais.

Os atendimentos acontecem em salas aleatórias, nunca são no mesmo lugar para cada profissional. A escolha é determinada pelas que estão vagas no momento. Eu prefiro as do segundo andar, que têm janelas mais amplas e com menos barulho da rua. Às vezes preciso ir nas de baixo. As salas geralmente estão equipadas com uma maca, uma mesa e duas ou três cadeiras. Outras possuem pias para lavar mãos, outras só um espaço com cadeiras de plástico.

O ambulatório trans divide o espaço da casa com outros ambulatórios-escola da Unifesp: o da psicologia e o da saúde básica. Às vezes, quando os profissionais chegavam para os primeiros encontros com pacientes às 13 horas, havia estagiárias de medicina discutindo casos com as professoras do ambulatório de saúde da família pela manhã. O horário de funcionamento do ambulatório é das 13 às 17 horas, estendendo o tempo até as 19 horas para a discussão de casos entre os profissionais. Não há nenhuma metodologia para a discussão, como número de casos para serem discutidos no dia. Acordamos entre nós os casos mais críticos, que precisam de uma maior atenção entre os profissionais que estão cuidando da pessoa. Ali os profissionais articulam planos de cuidado singulares.

4 ACOLHIMENTO

Os profissionais chegam a partir das 15 horas no ambulatório na última terça-feira do mês. Nesse dia 4, novas pessoas são encaminhadas via Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS). São acolhidas, em sua maioria, pessoas que fizeram inscrição em 2015, pois a fila para o ingresso dos ambulatórios no estado de São Paulo extrapola os limites dos serviços oferecidos. Pelo fato de a espera ser de dois anos a partir da inscrição para as pessoas serem acompanhadas no processo de afirmação de gênero pelo SUS, às vezes elas não comparecem, por não serem localizadas para o contato. O intervalo de espera parece estar se atenuando com o passar dos meses conforme as pessoas vão sendo acolhidas e cuidadas no ambulatório. Algumas estão chegando no ano de 2018 com a espera de 1 ano ou alguns meses.

Nesse mesmo dia – das 13 às 15 horas – também ocorrem as reuniões mensais do ambulatório, que são abertas à população e possuem temáticas diversas. Geralmente acontecem em algum prédio da universidade. Por haver essa atividade antes, os profissionais chegam um pouco depois do horário marcado. As pessoas já estão com os papéis preenchidos de admissão do serviço descansados em seus colos na sala de espera. Esses papéis precisam ser preenchidos primeiramente com o nome social do paciente, CPF, RG, naturalidade, seu endereço de residência atual; e telefone para contato. Depois dos dados pessoais, são listadas as práticas do ambulatório e pede-se para serem selecionadas as demandas principais que a pessoa tem para com o serviço. Também são listados para selecionar outros procedimentos de afirmação de gênero realizados em outros serviços ou por conta própria, como, por exemplo, hormonização e silicone industrial. A partir desse preenchimento a pessoa ganha um número que a faz ingressar no sistema do hospital.

O acolhimento tem dois momentos. No primeiro, um grupo dá as boas-vindas aos ingressantes. Ele é facilitado por uma enfermeira e assistente social. O segundo é o acolhimento individual, em que os profissionais se dividem para acolher os ingressantes. A função do primeiro momento é explicar o funcionamento do núcleo: o dia e o horário em que o serviço funciona, o esquema de justificar ausências para

não serem computadas como faltas e o paciente voltar para o final da fila. São elencadas as práticas que compõem o ambulatório e quais são suas respectivas funções. Também são explicadas a portaria do SUS vigente e suas regulamentações, o período de dois anos que é preciso para fazer algum tipo de cirurgia para afirmação de gênero e a ética despatologizadora do ambulatório, que consiste em práticas abertas à demanda do paciente, sem estarem baseadas em uma avaliação e comprovação de um diagnóstico de disforia de gênero. É enfatizado o cuidado singularizado para cada paciente e corporalidade. Dão exemplos: não é preciso hormônios para a cirurgia, não é preciso acatar cirurgias se se tem a vontade e necessidade de se harmonizar. Ou não é preciso fazer nenhuma modificação corporal, mas passar pela prática da psicologia e da fonoaudiologia.

As duas profissionais que facilitaram o grupo trazem suas primeiras impressões dos pacientes aos profissionais reunidos na sala do fundo e distribuem os papéis preenchidos com uma folha de evolução grampeada para serem anotadas informações do acolhimento individual. Nesse segundo momento os profissionais se dividem para acolher cada um dos pacientes. Eles entendem que não é necessário um atendimento especializado e não há uma anamnese padrão entre os que acolhem. Porém é compactuado que é preciso colher algumas informações essenciais nesse segundo momento, tais como: a relação e o caminho do paciente para com a rede de saúde, sua história de vida com a família e histórico de doenças, se a pessoa é tabagista ou consome álcool, informação importante para hormonização e procedimentos cirúrgicos⁸. Por último são negociadas as demandas do paciente para com o ambulatório. Para ficar mais claro, uma cena do acolhimento individual será descrita a seguir.

Foi acordado na sala de reunião que a nova paciente seria acolhida por dois profissionais. Um psicólogo e um psiquiatra chamaram pelo nome de Paula na sala de espera. Ela respondeu pelo chamado levantando de sua cadeira. Era uma mulher magra com cabelos longos, acastanhados com luzes, tinha rosto redondo, testa ampla. Ela estava com um curativo em seu pescoço. Eles a cumprimentaram e todos subiram as escadas, à procura de uma sala vaga. Entraram em uma e todos

⁸ As substâncias do cigarro provocam vasoconstrição (diminuição do calibre dos vasos sanguíneos), o que dificulta a cicatrização, além da possibilidade de embolias e trombozes venosas.

sentaram em círculo nas cadeiras de plástico. Um profissional ficou preenchendo a folha e o outro perguntava mais ativamente. Os profissionais pediram que ela contasse sobre si e de onde vinha. Paula é reguladora em Saúde, aparentava-se bem orientada em relação a processos do sistema público de saúde e mencionou que havia lido a portaria do SUS referente ao processo transexualizador. Ela tem ensino superior incompleto, estava cursando biomedicina, mas trancou por dificuldades financeiras. Trabalhou contratada em um hospital antigo que fora reativado, local responsável, segundo ela, por ter adquirido uma pneumonia ganglionar⁹. Falou isso passando a mão sobre o curativo em seu pescoço.

A próxima pergunta do profissional que estava escrevendo foi: “E a família?”. Ela retrucou ao profissional que estava com os olhos atentos às anotações: “Você quer que eu fale da constituição familiar ou se eles me aceitam?”. Ele a olhou, riu e disse que poderia ser sobre as duas. Ela comentou de uma irmã que sempre a apoiou, “quando criança elas brincavam como duas meninas”, e de uma mãe que recentemente se aproximou por causa das reportagens sobre a transexualidade no Fantástico. Um pai ausente, que não opina nem conversa sobre a transexualidade, mas ainda a chama por seu nome designado ao nascer. Ela contou entre sorrisos uma cena recente, na qual o pai preparou uma salada de frutas com suas favoritas.

Ela tinha a demanda pela vaginoplastia e hormonização, mas também considerou necessário passar pela psicologia. Foi comentado, pelo profissional da escrita, que a prática da psicologia não é caracterizada como medida compulsória ao acesso de outros procedimentos do processo transexualizador. Ela disse que, mesmo assim, é preciso um psicólogo, porque nessa transição nem sempre é sabido o que está passando, coisas que ela não queria acessar, mas necessita. Em suas palavras: “um mal necessário na transição”. O outro profissional emenda com ela, avaliando que é um bom encaminhamento, para pelo menos ser documentado que ela passou por essa clínica.

Nessa cena há 3 personagens, sendo dois que perguntam e anotam e a outra que narra. Quando se comenta da família, de uma maneira genérica a pessoa já

⁹ Presença da bactéria *Mycobacterium tuberculosis* nos gânglios do pescoço, tórax, axilas ou virilhas. Os sintomas são discretos, como febre baixa e emagrecimento, inchaço no gânglio infectado. O diagnóstico é feito por raio x. O tratamento é por meio de antibióticos e pode levar 6 meses.

distingue que o profissional está perguntando sobre um possível desentendimento de sua família em relação à sua identidade de gênero. A psicologia aparece como demanda necessária à transição para essa paciente, acolhem-se as demandas de profissionais que ela tem do serviço, ao mesmo tempo que se inventam funções para as disciplinas, como um atendimento que irá explorar partes escondidas, inconscientes.

Anotam-se as informações colhidas no prontuário e elas são discutidas na sala de reunião. É necessário agendar os atendimentos do paciente. Normalmente é combinado com a equipe que, depois do acolhimento, os pacientes precisam ser encaminhados já para a próxima semana a uma profissional de enfermagem e/ou assistente social.

5 PRÁTICAS DA ENFERMAGEM E SERVIÇO SOCIAL

A enfermagem e a assistência social são responsáveis por medir aspectos de saúde mais gerais e avaliar a “retaguarda” social que os pacientes possuem. Duas medições que são documentadas na entrada do paciente e acompanhadas regularmente. Essas duas práticas ocupam juntas esse espaço de avaliações primárias no serviço e acompanham regularmente esses dados recolhidos. Por se tratar de um serviço novo, em implantação, há negociações de funções. Lis, enfermeira entrevistada, quando lhe é pedido que descreva sua prática no ambulatório, comenta de disputas de práticas:

A gente [profissionais] conversou e chegou à conclusão de que seria muito interessante que todos os pacientes passem por triagens de enfermagem e da assistência social, o que eu considero uma grande vitória. [...] Agora a gente tem a resolução do Conselho Federal da Assistência Social, de serviço social. Que saiu o CEFESE, eu acho. Eles delimitaram e trouxeram um pouco sobre como que o assistente social trabalha no processo transexualizador [...]. Pensando na nossa prática num ano de vida do ambulatório, a prática do serviço social e da enfermagem andam muito junto no sentido de estar procurando esse seu espaço de atuação e ocupando os espaços, né. Então a gente disputou e ocupou. A gente tava vivenciando situações onde as pessoas estavam fazendo hormonização, atendimento psicológico, mas que não tinham feito uma triagem de saúde. A gente não sabe pressão e glicemia das pessoas. O que me parece que acaba fugindo um pouco do propósito de um ambulatório. Assim, se é um serviço que tá atendendo questões de saúde, né. Aí, nessa disputa, a gente ganhou esse espaço. (Entrevista enfermeira Lis)

Essa enfermeira descreve disputas de espaços e funções entre práticas, como da endocrinologia e psicologia com a enfermagem e assistência social. A profissão enfermagem consta na portaria 2803 (BRASIL, 2013) somente nos cuidados pré e pós-operatórios e não há uma resolução da profissão no conselho federal de classe. A profissão de assistência social faz parte da equipe multiprofissional estabelecida na portaria e só recentemente houve uma resolução do Conselho Federal de Serviço Social, nº 845 (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2018), que dispõe sobre a atuação profissional do(a) assistente social em relação ao processo transexualizador.

Por ser um atendimento integral em saúde, parece importante para a enfermeira esse espaço de triagem de saúde, que afere a pressão, a glicemia e outras medidas fisiológicas e físicas do corpo. No ambulatório a enfermagem fica responsável por essa triagem de saúde primeira, marcando os primeiros dados do paciente no prontuário, a evolução desses dados e também a aplicação de hormônios prescritos pela endocrinologia. Foi acompanhada a prática de enfermagem em alguns momentos.

A cena que descreverei será entre Flor e Lis. Flor é uma mulher jovem de 21 anos, branca, cabelos longos pretos. Lis é enfermeira, 25 anos, usava um crachá institucional, com seu nome e função na universidade. Na corda em que se pendurava o crachá estavam pregados *bottons*. Lia-se em um “orgulho sapatão”, o outro era ilustrado com as cores da bandeira de orgulho trans (branco, azul-claro, rosa-claro). Havia um papel em branco na mesa para fazer anotações.

Ela começou com perguntas sobre a família de Flor e antecedentes de doenças suas e de familiares. Desenhava um genograma¹⁰ conforme Flor ia descrevendo os membros da família – com quem vive, como é o relacionamento com sua mãe, seu pai, irmãos e irmãs. Também anotou fatores de falecimento de cada parente. Lis parecia traduzir com quadrados, bolinhas e traços o que Flor mencionava. Ainda anotando no papel em branco, Lis perguntou sobre os hábitos alimentares e a quantidade de água que Flor ingeria. Indagou se Flor utilizava algum tipo de droga, usando como exemplo a maconha; também perguntou se bebia e fumava cigarros. Flor respondeu que dependia muito do dia a quantidade de cerveja que bebia, mas que geralmente ficava entre uma lata e uma garrafa de litro por dia. Cigarro ela fumava um maço a cada dois dias. Lis perguntou que tipo de cigarro ela fumava. Citou marcas: “Malborão ou Eight?”, ela disse que Malborão (sic).

Lis e Flor mapearam por meio de perguntas, respostas e anotações a constituição da família pela tecnologia do genograma. Nessas figuras consegue-se mapear não só doenças hereditárias, mas também as relações entre familiares: com quem a pessoa mora e com quem pode contar. Informações que irão se compor

¹⁰ Instrumento para ampliar e registrar melhor as relações familiares dos pacientes nos serviços, representação gráfica do sistema familiar. Usam-se símbolos padronizados para identificar os componentes da família e suas relações.

com a clínica da Assistência Social. Outra série de perguntas mapeia se a pessoa é fumante ou se bebe, já articulando possíveis contraindicações para hormonização ou futuras intervenções cirúrgicas.

Seguem-se as perguntas. Lis perguntou quais hormônios ela utilizou ou utiliza. Flor já tomou anticoncepcionais, exemplificando o ciclo 21¹¹, e mais recentemente Perlutan. Ela comprava receitas e aplicava com um funcionário na drogaria onde ela adquiria. “Feio, né?”, Flor se criticou. Lis disse que não, argumentou que é uma maneira de acessar tecnologias de cuidado que deveriam ser garantidas pelo SUS. Assegurou que agora ela seria acompanhada por uma equipe multiprofissional integralmente.

Houve um movimento de Flor por redes clandestinas, “feias”. A profissional pareceu reconhecer a agência da paciente. Lis sabe que existem essas compras de receitas, dicas e métodos de aplicação de hormônios em sites e grupos de WhatsApp. No próprio grupo de núcleo trans, que é aberto à comunidade, são postadas, de tempos em tempos, mensagens de pessoas que estão vendendo receitas e comunidades virtuais que ensinam passo-a-passo a aplicação de hormônios.

A enfermeira reconhece o direito violado pela falta de assistência pública de saúde e o direito de ela acessar hormônios, dificultados por sempre precisarem ser chancelados por pareceres profissionais e diagnósticos. Essas pessoas em suas necessidades e vulnerabilidades específicas, que encontram violências no acesso ao SUS (BENTO, 2006; LIMA & CRUZ, 2016; ROCON et al., 2016; ROMANO, 2008; SOUZA et al., 2015), parecem se orientar em contextualidades de cuidado que são invisíveis para as redes públicas; caminhos, muitas vezes, arriscados e precários. Como exemplos, os cuidados das bombadeiras, que aplicam silicone industrial no corpo de travestis e transexuais (BENEDETTI, 2005; ROCON et al., 2016; SOUZA et al., 2015; PELÚCIO, 2009), e também as orientações de autoinjeção de hormônios em fóruns na internet (LIMA & CRUZ, 2016; PELÚCIO, 2009).

¹¹ Pílula contraceptiva oral, que contém dois hormônios – estrogênio e progestina – para evitar a gravidez.

Os próximos passos são as avaliações físicas. Lis perguntou a Flor se ela poderia avaliar sua glicemia, e para isso precisaria furar o dedo dela, colher seu sangue e medir a taxa glicêmica por uma máquina. Flor permitiu, apontando para seu *piercing* no septo nasal. Gosta de “se furar”. Lis riu. Disse que precisou “estar limpa” de *piercings*, pois compareceu a uma entrevista de emprego mais cedo. Compartilharam suas vontades de usar novos *piercings*, lugares interessantes para se colocar e locais em que o uso não deu certo e o corpo rejeitou. Lis colocou um par de luvas esterilizadas azuis e pegou a embalagem de agulhas, mas não conseguiu abri-la. Saiu da sala para buscar outra. Essa abriu. Pegou o dedo indicador dela e o furou. Apertou-o, saindo uma gota de sangue. Lis a colheu em um papel absorvente. Este foi inserido em uma máquina que leu a glicemia. Depois, Lis limpou o dedo de Flor com algodão e álcool.

Outro equipamento utilizado por Lis foi a de aferir a pressão. Automaticamente a máquina apertou o braço de Flor, manteve a pressão por uns segundos e depois o resultado saiu, de forma digital. Lis equipou-se de um estetoscópio e auscultou o pulmão da paciente e avaliou a respiração. As duas ficaram em silêncio, somente cortado pelos pedidos calmos de Lis para inspirar e expirar lentamente, conforme a posição do estetoscópio pelas costas de Flor.

Lis pediu que Flor se levantasse para medir os perímetros de seu corpo. Com uma fita métrica, circulou o diâmetro do tórax e do quadril. Quando estava no tórax, Lis perguntou se Flor estava usando bojo. Ela confirmou que trajava um, pequeno. Quando chegou no quadril, Flor perguntou, receosa com a medida: “Vou ficar chateada?”. Lis a acalantou. Ela esqueceu a medida do peito e teve que aferir novamente. Os números do quadril e do peito se assemelharam. Lis anotou os resultados no papel. Parabenizou Flor pelas medidas excelentes. “Corpo violão”, emendou Flor.

Há alguns objetos, toques e significados nessa cena: a fita métrica, o toque de Lis ao medir o corpo da paciente e o elogio do corpo violão que resultou. Os números dos perímetros do corpo são registrados e sempre acompanhados nos prontuários conforme o corpo da paciente vai se modificando com a hormonização. O corpo das pacientes responde diferentemente aos hormônios aplicados. Além de

exames de sangue, das taxas moleculares na corrente sanguínea, avaliam-se topologias, vastidões e diminuições do tórax e dos glúteos. Esses números orientam a prática da endocrinologia, mas a paciente também orienta o seu projeto corporal por eles também. Conforme os números métricos, são renegociadas taxas de miligramas de hormônios.

Terminando as medições, Lis perguntou como Flor se relacionava e nomeava seu órgão genital. Ela se mexeu na cadeira, cruzou os braços. Disse que não se relaciona com “isso”. Ela não limpava a genitália, só a higienizava quando transava, pois ficava preocupada com o mau cheiro. Denominou o órgão, depois de uma pausa, de “periquita”. Por fim, Lis combinou o retorno depois de alguns meses, mas se disponibilizou para conversar sobre qualquer coisa e deu como exemplo o gosto em comum por *piercings*.

A enfermeira indaga à paciente sobre a sua genitália. É importante na prática de enfermagem acompanhar a higiene pessoal de um órgão muitas vezes crítico a um corpo transviado. Na genitália tem-se um peso político, um imperativo aos nomes de pênis e vaginas. Nomes que convocam a uma linearidade genitália-gênero-desejo. Em corpos passíveis de modificações, as nomenclaturas se perdem, embaçam-se. Essa vertigem de perda de nomes e funções às vezes dói, constrange.

Pelo dispositivo da pergunta que pede um nome, abrem-se possibilidades para inventarem-se outras relações com o corpo e a profissional poder se aproximar das dores, desconfortos e prazeres dessa corporalidade em construção. Pode-se dizer que essa prática é despatologizadora, pois tira a fixidez de uma genitália óbvia que invoca gêneros e sexualidades. Nada fica garantido, nem o nome, nem função, e a pessoa se incomoda, se chacoalha:

Despatologizar é desclassificar em materialidades, em olhares, em perguntas. Despatologizar passa por muitos procedimentos. Pelo acesso desburocratizado, des-diagnosticado e pela nossa capacidade de fazer perguntas que garantam o espaço do sujeito ser e experimentar as muitas possibilidades humanas. Pensar é estar livre de hierarquias do pensamento. É deslocar palavras dos sentidos. (PRADO, 2018, p.68)

Essa profissional disponibilizou-se para, além dos retornos mensais para aferir e aplicar doses de hormônio, também conversar sobre assuntos diversos, como o encontro entre as duas com furos e *piercings*. Essa mesma enfermeira na entrevista conta de um encontro e a potencialidade de um espaço de conversa pelo dispositivo de aplicação de hormônios:

Então a gente começou a não só aplicar hormonização, a gente começou a sentar, conversar, ver como tinha sido a semana dela, fazer uma p. a., fazer uma glicemia. Se a pessoa trouxesse alguma alteração. [...] Teve uma pessoa em específico que ficou mais tempo com a gente fazendo hormonização. Que acho que foi uma das pessoas piloto pra ir desenvolvendo esse processo de trabalho, na hormonização. Só seria a aplicação do hormônio, né? A gente foi construindo esse modelo de atenção na hormonização. Foi ficando superlegal. E eu digo que foi um caso que foi muito interessante porque depois que a pessoa não precisa mais fazer hormonização com a gente porque agora tá fazendo em outro lugar. É uma pessoa que retorna para as consultas de enfermagem. [...] Eu nem tinha chamado a pessoa e a pessoa marcou uma consulta de enfermagem porque, sei lá, fazia 3 meses que ela havia feito uma consulta de enfermagem. (Entrevista enfermeira Lis)

A enfermagem parece ter um espaço fora da burocracia. O cuidado longitudinal e regular, que avalia medidas e evoluções da hormonização e outros processos de saúde e doença, vai além do processo transexualizador. Instalou uma prática invisível, para subverter o conceito de protocolo invisível de Bento (2006). Lis e a paciente relatada na entrevista inventam juntas aquele espaço. Mesmo ela não precisando mais fazer aplicações de hormônios ou ser checada por alterações em seus exames cotidianos, ativamente marca encontros com a enfermagem na agenda do serviço. Essa prática não tem uma função específica ou uma avaliação de algo. Somente uma conversa. Algo aconteceu no encontro com Lis, a prática da enfermagem e a paciente.

Após ou antes do primeiro encontro com a enfermagem, são agendados os pacientes para o mesmo dia ou para a próxima semana com uma assistente social do serviço, para fazer a avaliação social do paciente. Uma cena: Kamila (a profissional) se posicionou de um lado, a paciente, Rosa, de outro; o encontro aconteceu com uma mesa entre as duas. Rosa estava com os pés cruzados, uma mão em cima da outra, ambas em repouso em suas coxas.

Kamila estava armada com caneta e um papel, que ia preenchendo com as respostas de Rosa. Iniciou perguntando como Rosa se identifica. Ela retorquiu à profissional: “Você diz mulher trans?”. Kamila listou exemplos de identidades: “Trans, travesti...”. Ela se identificou como mulher transexual. Kamila perguntou com quem mora e a quantidade de cômodos de sua residência. Questionou se Rosa trabalha e também a sua renda. A paciente informou que está trabalhando como atendente de um restaurante japonês, com horário de trabalho das 12 às 20 horas, e disse sua renda. Kamila também mapeou quais serviços de saúde Rosa acessa e a sua retaguarda social e financeira. Ela respondeu que sua retaguarda é somente sua mãe, que mora em outro estado.

Kamila indagou se a paciente está agenciando a mudança de seu nome de registro. Rosa respondeu que não, mas pretende, futuramente. Então a profissional informou-a de um mutirão que estava sendo organizando pelo Ministério Público de São Paulo para a retificação de nome de pessoas trans. Combinou com Rosa que imprimiria as informações.

A prática da assistência social, nos primeiros momentos da paciente no ambulatório, também é feita em perguntas e respostas. Há uma caneta e uma folha a ser preenchida. A profissional pergunta e escuta respostas, anotando-as em uma folha com lacunas que são preenchidas com informações como escolaridade, trabalho, renda da pessoa, constituição familiar e retaguarda financeira, além de mapear as redes de instituições públicas que a pessoa acessa. Kamila descreveu sua prática na entrevista:

Dentro de tudo isso, das perspectivas históricas das pressões históricas, políticas e da própria discriminação, preconceito e tudo o mais, meu papel é isso, **é ouvir o usuário, entender a história dele e, dentro do que eu tenho hoje, orientá-lo.** Então, eticamente eu tenho um compromisso com aquele usuário, porque quando a gente está em uma equipe multi, tem coisas que ele vai me dizer, que eu não vou levar pra uma equipe multi. Isso é do serviço social, eu vou levar dentro do que é possível pra gente tentar amarrar dentro do que é multi o que é melhor para aquele usuário. (Entrevista assistente social Kamila, destaque nosso)

A prática da assistência social é *ouvir e orientar* a paciente, que é envolvida em contextos históricos e políticos. E passa a narrativa pelo crivo do que ela tem

para oferecer. Os caminhos são limitados segundo a disponibilidade de um mutirão para emprego ou retificação de nome, algum benefício social, passagens de ônibus para a paciente que mora distante do serviço, entre outras possibilidades. Essa prática de escuta, anotação e *orientação* faz de pessoas trans sujeitos com direito a direitos. Mol (2006) descreve a lógica de escolha (*logic of choice*) no encontro entre profissional de saúde e paciente: o primeiro elenca as escolhas de condutas que podem ser tomadas, opções únicas e bem claras, e a paciente escolhe entre elas. A paciente adquire uma ontologia da individualidade que escolhe entre possibilidades fechadas e bem delimitadas.

Talvez é cedo para a gente avaliar. A gente tá engatinhando ainda. Eu vejo também que não há uma procura do usuário do núcleo pelo serviço social. Eu acredito porque, querendo ou não, eles vêm em busca da questão realmente clínica, do tratamento hormonal, das transformações corporais, da questão da psicologia e psiquiatria até, na perspectiva do processo transexualizador, que é uma das prerrogativas. Então, hoje no núcleo não vejo, né, essa busca espontânea, né, dos usuários lá. Até porque eles já têm uma carga de orientação, de onde as pessoas buscam muito na internet e nas redes sociais, e até porque os outros profissionais também acabam orientando de certa forma algumas coisas: quando se fala de nome social, do cartão SUS. Já é uma característica do nosso núcleo todos os profissionais orientarem, diferente de, de outras clínicas, que não têm [...] não tão no papel de militância. Acho que esse é o grande diferencial. (Entrevista assistente social Kamila)

Outro apontamento que Kamila faz, que ecoa na fala de Lis, é a disputa de outras práticas da psicologia, psiquiatria e a hormonização. E, mais do que Lis, Kamila retira a assistência social como uma clínica, diferenciando sua prática das outras. Podemos entender essa demanda pelo histórico do dispositivo da transexualidade, que inventa esse diagnóstico no século XX, junto às tecnologias da hormonização, as pesquisas e as práticas de Harry Benjamin, as pesquisas e técnicas cirúrgicas para as pessoas intersexo desenvolvida por Money e seguidores; e os saberes da psicanálise de Stoller (BENTO, 2006, 2010; PRECIADO, 2014, 2018).

As práticas ainda se orientam por esse histórico, patologizando existências que violam o imperativo de genitálias e desenvolvendo práticas coladas a uma modulação que corrige corpos a uma matriz heterossexual. E as demandas orientam nisso, pois é a única oferta visível, inteligível. Como pensar demandas espontâneas

quando esse nó histórico e político de saberes, tecnologias e técnicas define um corpo único trans?

Lis e a paciente inventaram um espaço de conversação, que foi além de uma funcionalidade de “atividade fim” do processo transexualizador. Inventaram a demanda desse espaço, tanto pela profissional da enfermagem, que o reconhece como potente, como pela paciente, que deliberadamente marca um horário com Lis. Abre-se uma prática invisível.

Kamila identificou que as pacientes que passam pelo ambulatório já estão orientadas sobre direitos e os caminhos das redes de atenção de saúde encontrados na internet e nas redes sociais. Aproxima-se da percepção da enfermeira referente a hormonizações fora das redes institucionais e visíveis de saúde.

Além da busca de orientação pelas pacientes, os próprios profissionais de outras especialidades estão também cientes dos caminhos de acesso aos direitos ao nome social do SUS ou à retificação de nome, que ela deu como exemplo. Parece que a função de esclarecer os caminhos das redes de sua profissão é esparramada por outras disciplinas. Os pacientes e profissionais ganham uma nova ontologia, a de militância, como Kamila denomina.

A portaria do processo transexualizador no SUS contempla também o cuidado integral à pessoa trans, enfatizando que a entrada dessas pessoas no SUS não seja colada somente ao processo transexualizador. O emprego do conceito de integralidade tenta extrapolar o cuidado em saúde às pessoas trans para além das práticas de endocrinologia e psicologia (LIONÇO, 2009). Porém, ainda é ligado ao diagnóstico de disforia de gênero. O termo integralidade abarca essa “espalhamarração” política na prática de todos os profissionais, fazendo a produção de saúde à pessoa diretamente ligada ao acesso a direitos, como seu nome, e a medicações, como hormônios.

5.1 Práticas que não se coordenam: cuidados pós-cirúrgicos e cuidado multiprofissional

Essas duas práticas se juntam novamente no momento de um cuidado pós-cirúrgico de mamoplastia masculinizadora realizado em um hospital fora do espaço

do ambulatório. A cirurgia de mastoplastia masculinizadora é um procedimento muito invasivo e com uma recuperação longa. É preciso mapear quem vai levar o paciente para cirurgia e trazê-lo para casa. Quem ajudará a cuidar dos curativos e ficar atento à locomoção dos braços e tórax da pessoa. O paciente que foi operado teve dificuldade de voltar para casa depois da cirurgia. Não foi combinado pela equipe do ambulatório como ele voltaria. Ele sugeriu que poderia voltar de ônibus, o que não é recomendado, pois as cicatrizes podem se romper no levantar de braços devido a paradas repentinas no ônibus, por exemplo. Kamila percebe o descompasso entre serviços, quando apresenta sua vontade em relação a um acompanhamento pré e pós-cirúrgico:

Como a gente ainda não, essa questão da, como a gente ainda tá na construção das cirurgias é uma coisa que eu queria ver melhor da gente realmente fazer uma avaliação, realmente mais de perto, quem vai cuidar dessa pessoa, pós-cirúrgica, é o pré, durante, depois, mas eu acho que é uma coisa que a gente ainda precisa melhorar. [...] mas justamente por essa necessidade de ter que fazer a cirurgia, não foi avaliado até que ponto essa questão do cuidado, né? Então eu acho que isso é uma coisa que a gente precisa melhorar, eu acho que eu gostaria que realmente houvesse, tivesse tempo hábil pro serviço social fazer uma avaliação antes da questão da cirurgia. (Entrevista assistente social Kamila)

Lis foi a enfermeira responsável pelos cuidados desse paciente. Houve um descompasso entre a prescrição de cuidados de curativos do pós-cirúrgico no hospital em que se realizou o procedimento e o que Lis recomendaria. Lis, quando conversou com o paciente e viu seu curativo limado com iodo, discordou da prescrição e acompanhou a recuperação do paciente de outra forma. Demonstrou a ele como era feito o curativo, explicando os passos para limpeza e substituição. E assim Lis o acompanhou até a completa cicatrização da lesão. Ela, em sua entrevista, lembrando-se dessa situação, prevê que poderia ter tomado outro caminho se os cuidados pós-cirúrgicos fossem discutidos também com os profissionais responsáveis pela cirurgia no hospital:

Então, assim, talvez se a gente tivesse conversado **multiprofissionalmente** e discutido um pouco mais sobre o protocolo de curativo, por exemplo, ou usado o serviço de enfermagem especializado em lesão de pele do, do hospital, talvez esse curativo poderia ter tomado uma outra, um outro caminho. Parece que falta um pouco de conversar entre os profissionais e eu saber o que que é o meu melhor e o que é o melhor para a gente

fazer. Ou muito bom nos dois, né. (Entrevista enfermeira Lis, destaque nosso)

São cuidados bem específicos, que ficaram descompassados entre os serviços. A conduta para com o curativo e o agenciamento com o paciente para saber como ele voltaria para casa e quem cuidaria de sua recuperação fazem-se importantes, e as duas profissionais percebem esse vácuo entre condutas tomadas no ambulatório e no hospital.

Lis sentiu falta de uma conversa multiprofissional. Porém, o que faz uma conversa ter esse nome? Segundo Lis, a “conversa multiprofissional” seria calibrar condutas entre as duas localidades de serviço. Alinhar práticas em suas disciplinas e localidades específicas. No cotidiano do ambulatório e nas discussões de equipe são enunciadas com o mesmo sentido as palavras multiprofissionalidade, interprofissionalidade e transdisciplinar. Mas será que esses conceitos se assemelham em suas definições? O conceito de multiprofissionalidade, ou, mais especificamente, práticas multidisciplinares, envolve profissões distintas, com disciplinas bem específicas e delimitadas que dissecam e conhecem o sujeito em partes. Em um cuidado multiprofissional, as partes conhecidas se somam e fazem daquele sujeito conhecido um indivíduo: uno e coerente.

Entenderemos no próximo capítulo uma cena de discussão de caso, e práticas que vêm e voltam de dinâmicas interdisciplinares e transdisciplinares.

6 A REUNIÃO DE EQUIPE DE UM AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO INTEGRAL À PESSOA TRANS: A ESCUTA DA PRÁTICA DA FONOAUDIOLOGIA

6.1 Interdisciplinar, transdisciplinar e o conceito-ferramenta de despatologização

Em uma instituição ambulatorial há discussões de casos em que são propostas alianças entre profissionais. Uma cena de reunião de equipe. Fonoaudióloga relatou o caso de um homem trans com a demanda de uma voz mais imponente. A profissional percebeu dificuldades na sua comunicação. Havia problemas na respiração: o diafragma estava pressionado pelo *binder*, o que tornava difícil para ele alcançar potência de sua voz. Com mais investigação, conversando com o paciente em meio a exercícios de respiração e repetições de falas, ela percebeu que ele estava com muitos agasalhos, encurvava o tórax e encolhia os ombros, o que encurtava a região de seu peito. Ele relata um receio para a profissional. “Tenho medo de ser agredido comprando um pão, por exemplo. Prefiro ser identificado enquanto doente mental do que um homem trans.”

Profissionais de enfermagem que o atenderam no mesmo dia compartilham suas percepções: “O menino veste *binders*¹² muito apertados e possui mamas grandes”. Elas encontram alguns hematomas e cortes na região mais pressionada. Não propuseram o exame do tórax completo nesse primeiro momento, por entenderem que seria invasivo. Porém, tentaram negociar outros tipos de coletes, que poderiam esconder as mamas, mas que oferecessem menos pressão, “aqueles coletes para se usar antes ou pós-cirurgia podem ser boas opções, pois distribuem a pressão ao longo do tronco”. Nada feito, o rapaz não aceitou.

Convocam um profissional de psicologia para conhecê-lo e acompanhá-lo no processo. O profissional marca na agenda um atendimento com ele na próxima semana. Estipula um programa para conhecê-lo, entender esse processo de encurvamento e explorar a região de seu peito perdida.

¹² *Binders* são coletes elásticos que pressionam a região das mamas e diminuem o seu volume. Prática de construção de corpo muito utilizada por homens trans.

Nessa cena, muitas corporalidades se encontram: a voz que não tem a potência para sair, os ombros encolhidos que se somam aos *binders* apertados, hematomas, cortes, o constrangimento e o medo da agressão da transfobia. A profissional que trabalha com a comunicação ouve o sofrimento daquela pessoa. A frequência de som, as negociações de vestimentas também são traçadas em ontologias daquele corpo múltiplo. O sofrimento político e social em um corpo em conflito com as normas de gênero se espalha pelas disciplinas, pelos objetos de práticas que os hifens psico-socio-bio não bancam.

A dicotomia sujeito que conhece e o objeto conhecido sofreu abalos. O corpo conhecido, nesse caso o sujeito trans da voz e da comunicação, está conectado a um processo político que faz seu corpo se encurvar e perder sua voz. Os peitos aplanados preservam aquele corpo dos constrangimentos e violências, mas o projeto de ficção somatopolítica a um gênero masculino do rapaz atrapalha-se, pois ele também quer ter uma voz grossa. A política atravessa o objeto da fonoaudiologia e o projeto de corpo do rapaz também.

Os profissionais precisam sair de suas zonas de entendimento e convocam outros profissionais a participarem do cuidado dessa pessoa. A prática da enfermagem de medições performa outra ontologia daquele corpo. Percebem-se na medição o encurvamento e os hematomas. Convocam o psicólogo para entender melhor essa processualidade política que corporifica e que subjetiva.

Faz-se essa interação entre profissionais e saberes ficam em movimento. Passos e Barros (2000) discutem os conceitos de interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e a noção de campo, que Kurt Lewin (1973) introduz nas pesquisas da psicologia social. O conceito de campo é definido como ambiente que interage com objetos em dinâmicas de forças que tendem sempre ao equilíbrio. Coloca o pesquisador colhido também pelo campo, e quebra a noção de neutralidade científica. Os objetos conhecidos e disciplinas que conhecem são interferidos por esse campo e constituem entre si relações múltiplas. Porém essas duas instâncias são pré-relacionais, independentes, e o campo se fecha em um todo equilibrado.

6.1.1 O conceito de interdisciplinaridade

O campo dinâmico de disciplinas e objetos preconcebidos que se relacionam entre si contempla o conceito de interdisciplinaridade. Mol (1999) discorre sobre a noção de perspectivismo de um corpo. Um corpo único olhado por disciplinas em suas perspectivas, que não chegam à materialidade. Até há relações entre eles, mais ainda mantêm o conhecer dicotômico, as instâncias “objeto” e “sujeito” estão conservadas.

Os dois conceitos juntos de “ontologia política” quebram a dicotomia do conhecer e fazem sujeitos-objetos advirem de um plano de constituição, nada é pré-discursivo, tudo é feito pela e na prática. Passos e Barros (2000, p.77) conversam com esse conceito pela via da transdisciplinaridade no campo clínico. Uma clínica que usa de conceitos-ferramentas como operadores de realidades, que desestabilizam dicotomias no conhecer na clínica. Nada está garantindo, pois conhecer é se engajar em produções de mundos.

Para usar da ideia de conceito-ferramenta de Passos e Barros (Ibid.), podemos nos aproximar do conceito-ferramenta de despatologização. Descreve-se um corpo em produção, o medo de ser agredido e a diminuição de mamas que encurvam um corpo com hematomas. Pensar em disforia seria limpar desse corpo as linhas políticas que o constituem e fazem sua corporalidade. Despatologizar não nega o sofrimento do rapaz, mas faz interferência nas práticas. Abre possibilidades de perceber as linhas constitutivas das profissões, suas localidades históricas, suas epistemologias. As dicotomias estanques do conhecer e do objeto borram-se. Os profissionais usam ferramentas que têm à disposição, como conceitos e tecnologias, mas nada parece estável, preciso, coerente, já que não se joga mais com a finalidade de achar uma doença e tratamento.

A despatologização abre espaço para a dúvida. A escuta atenta da fonoaudióloga, que trabalha com a voz, ouve essa franja política. Aproximemo-nos então da prática da fonoaudiologia no ambulatório.

6.2 Prática da fonoaudiologia

A fonoaudiologia não consta no quadro multiprofissional previsto na portaria do SUS que regulamenta o processo transexualizador. Porém, ela integra a equipe do ambulatório e identifica demandas das(os) pacientes.

Foi acompanhado o primeiro atendimento de uma paciente no qual havia duas fonoaudiólogas. Uma iria substituir a outra, que iria viajar para seu pós-doutorado. Na sala eram 4 pessoas no total. A fonoaudióloga Cristina, que faria a consulta, Nina, fonoaudióloga que iria substituí-la e estava observando como sua colega conduzia o atendimento, Jasmin, a paciente, e o pesquisador. Todos estavam sentados, o pesquisador atrás da paciente. Nina estava sentada atrás da profissional.

Cristina e a paciente ficavam cara a cara, separadas por uma mesa. A profissional estava com o prontuário em mãos, folheando e consultando informações. Depois, fechou-o e pousou-o na mesa. Reclinada, com o quadril na beira da cadeira, cumprimentou Jasmin com um sorriso calmo. Logo perguntou qual era *a sua queixa*. A paciente respondeu que não tinha, em meio a uma risada constrangida. Ela parecia confusa.

A profissional continuou a fazer perguntas: se a paciente possuía alguma irritação na garganta no final do dia, se tinha sinusite. Indagou à paciente se ela teria vivenciado algum constrangimento ou algum problema com sua voz. “*Qual é o seu problema?*”, emendou por último a suas perguntas.

Algumas queixas foram aparecendo. Em um ponto a profissional perguntou se a paciente já havia sofrido algum tipo de constrangimento via telefone ou de falha em sua voz em uma entrevista de emprego, e a paciente lembrou-se de situações em que ela foi confundida com um homem ao telefone e também de um problema de timidez que dificultava sua comunicação.

Não são queixas preconcebidas, são inventadas demandas pela paciente junto à profissional, pelos exemplos de situações-problemas. Parece que já se preveem as distorções naquela voz pela anamnese da profissional, que precisa

mostrar que há possibilidades de uma voz otimizada no telefone ou em uma entrevista de emprego.

A metodologia da prática da fonoaudiologia aparenta-se clara. Começa por uma queixa, chega a um desejo de voz. Pelo menos para a profissional, visto a dificuldade de achar queixas por parte da paciente. Continuando o encontro. A paciente e a fonoaudióloga Cristina levantaram. Orientada pela profissional, a paciente reproduziu diversos tipos de sons, repetiu vogais e numerais. Ficava tímida entre os exercícios, riu de seus sons estranhos, esquisitos. A profissional pediu que ela reproduzisse um som o máximo de tempo que conseguisse. Enquanto ela realizava os exercícios propostos, Cristina marcava os tempos em seu celular e anotava no prontuário os resultados. Em outra bateria de exercícios, a profissional marcou a frequência da voz com um aplicativo de celular.

Finalizados os exercícios, Cristina aplicou em suas mãos álcool em gel para esterilizá-las. Pediu permissão à paciente e começou a apalpar sua garganta, examinando a faringe. Enquanto isso, os outros três permaneceram na sala, em silêncio. Após todos os testes e exames, Cristina marcou para a paciente um exame de voz, em outro ambulatório, para gravá-la fazendo os mesmos exercícios. Na próxima semana começariam o treinamento de voz.

A prática da fonoaudiologia no ambulatório é propor exercícios que acessam e avaliam o *pitch* da voz, ou seja, a frequência sonora de quando se fala. O *pitch* também é caracterizado por expressões com a boca, o posicionamento dos lábios, os movimentos da língua, os músculos do rosto, enfim, expressões que podem ser treinadas e especializadas na comunicação com outras pessoas.

Na disciplina da fonoaudiologia, mais especificamente nos estudos em oratória, diferenciam-se os aspectos suprasegmentares da comunicação da pessoa em características binárias, aspectos da fala que trazem uma feminilidade e uma masculinidade, para além dos aspectos de frequência da voz aguda ou grave. Como, por exemplo, o pronunciar de vogais, sendo elas mais longas no caso de mulheres e mais curtas no de homens. São entendidos os efeitos culturais na

comunicação e também os efeitos de terceiros que percebem o comunicante e procuram se comunicar com o mesmo (SCHMIDT, 2018).

Não é o objetivo deste trabalho se ater muito a uma disciplina, mas analisá-la como uma prática que performa ficções de masculinidades e feminilidades, em frequências hertz, que são moduladas nos exercícios com os lábios, língua, face. As fonoaudiólogas descreveram para o pesquisador, após o encontro, alguns comportamentos da paciente que eram caracterizados como aspectos suprasegmentares da comunicação. A “meiguice” com a cabeça balançada para o lado quando ela ficava constrangida, ou a voz muito nasal. Comentaram também a timidez dela ao realizar os exercícios: quando ela ria, sua voz ficava mais grave.

A profissional que estava acompanhado o manejar clínico da colega nesse dia concedeu uma entrevista. Nina, 36 anos, comenta as diferenças entre o trabalho de fonoaudiologia e o de outras áreas e conta dos desafios do trabalho com as pessoas trans e travestis:

Acho que existe uma discrepância entre o corpo, o que aquela pessoa quer passar ou o que ela é, né? [...]. Sem falar que a gente tem um aspecto físico, que uma laringe masculina é diferente de uma laringe feminina. Uma laringe que foi submetida a testosterona , diferente de uma laringe que não foi submetida a testosterona, né? Então eu tenho aspectos biológicos da voz, né, musculares, que são determinantes dali, né. E aí, eu, assim, na minha ideia inicial era, eu acho que posso ajudar a dar voz a essas pessoas. Não só, uma maior passabilidade, que era minha ideia inicial, mas talvez uma passabilidade de pensar emprego, né. Pensar numa recolocação, ou pensar mesmo numa nova reidentificação mesmo daquela nova comunicação, com aquele novo ser, ou talvez para aquele ser que sempre estava ali, né, mas precisou se comunicar de alguma outra maneira, por imposição de casa ou da sociedade. (Entrevista fonoaudióloga Nina)

Essa profissional enfrenta um dilema ontológico das pessoas trans que ela atende no ambulatório. Em destaque nesse dilema, os verbos “ser” e “passar”, que separam o cultural e social no arranjar de um emprego, ou “passabilidade”; e os aspectos fisiológicos do músculo da laringe, que foi desenvolvido pelo hormônio de testosterona no corpo de uma mulher trans já adulta. Há o dilema da agência da paciente, nos exercícios de inventar frequências e movimentos novos para a voz e as limitações do *ser* fisiológico.

A laringe tem sexo e exige uma linearidade com a frequência generificada da voz. A voz ganha inteligibilidade quando o sujeito se comunica e o interlocutor o reconhece. Como na entrevista de emprego ou no atender do telefone, o interlocutor entende a voz e chama o comunicador pelo nome correto. A linguagem é enquadrada também no sistema sexo-gênero. Os aspectos suprasegmentares, que acompanham a frequência da voz pelo pronunciar de vogais de maneira específica, por exemplo, performam essa laringe e a voz ganha uma inteligibilidade e uma coerência:

[...] a “coerência” e a “continuidade” da pessoa não são características lógicas ou analíticas da condição da pessoa, mas, ao contrário, normas de inteligibilidade socialmente instituídas e mantidas. Em sendo a identidade assegurada por conceitos estabilizadores de sexo, gênero e sexualidade, a própria noção de “pessoa” se veria questionada pela emergência cultural daqueles seres cujo gênero é “incoerente” ou “descontínuo” [...]. (BUTLER, 2014, p.38)

Nina salienta que sua ideia inicial era trabalhar com a “passabilidade” das pessoas que ela atendia, ou seja, conseguirem passar por homens e mulheres cis e não sofrerem constrangimentos. Passabilidade é um conceito problemático nos estudos de gênero, mais especificamente nas existências trans. Esse conceito remete a um enquadramento estético de homem e de mulher em sua essência, bem definido em suas aparências, jeitos e, agora, vozes. Isso é feito como imperativo às existências transviadas, às subjetividades e corporalidades dissidentes, que precisam ser “passáveis” para serem reconhecidas e não sofrerem mais constrangimentos (PONTES & SILVA, 2017).

Não sei até que ponto eu realmente consigo mudar aquela comunicação. Pensando numa menina trans, deixar como mais feminina. Pensando que a pessoa quer isso. Até que ponto existe uma necessidade de manter uma, não dá para ter 100 por cento de passabilidade, não sei, são dúvidas, que eu tô chegando. Em algumas áreas da fono a gente sabe que a gente não tem a voz ideal, a gente tem a voz esperada. Você espera, não é, você não vai chegar no padrão ideal. Alguns momentos você consegue, algumas áreas a gente consegue. Eu não sei quanto ainda nessa área, porque eu tô estudando, eu tô começando ainda... Então, pegando um gancho desse caminho todo dessa minha jornada até agora bem inicial, eu me sinto desafiada a manter a minha proposta de respeito com o outro, independente qual outro que seja. Ouvir o que o outro tem, só que ao mesmo tempo esse outro pode ser confuso. [...] Então isso foge às vezes, é difícil um pouquinho, que a gente tem

que também ter uma comunicação fluida, maleável. Isso não é comum, digamos assim, na minha área, então a gente aprendeu estereótipos, né, e a gente agora tá aprendendo a sair do binarismo. (Entrevista fonoaudióloga Nina)

Há dúvidas por parte de Nina e ela se afeta por essa comunicação fluida, maleável. Parece difícil estabelecer uma voz esperada, mesmo sabendo da impossibilidade de uma voz ideal. E ela se depara com a dúvida do outro de que precisa cuidar. A voz é extrapolada de um binarismo e a demanda, portanto, não fica muito clara. A lógica de escolha de uma conduta pela paciente segundo o que ela quer extrapola também sua individualidade e é atravessada em várias linhas políticas, fisiológicas e históricas: a passabilidade de uma voz, a harmonização das cordas vocais, a patologização das pessoas trans.

7 PRÁTICA DA PSICOLOGIA: DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL À SUBJETIVAÇÃO

A decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) do dia 2 de março de 2018 retirou a obrigatoriedade de laudo de terceiros para a mudança de nome e sexo no registro civil de pessoas trans, além de transferir esse processo do judiciário para os cartórios. Líderes de organizações e movimentos sociais compartilharam depoimentos nas redes sociais. Uma cena, em específico, é compartilhada. Parece que foi gravada após a decisão do STF, com uma câmera de celular em movimento, que flagrou uma comemoração.

Em uma área com carros, aparentemente um estacionamento, uma mesa de metal azul é posicionada no meio do enquadramento. Sobre ela, garrafas de cerveja abertas. Pessoas bebendo e falando alto. Algumas personalidades importantes da militância trans e professores de universidades participam da celebração. No meio dessa mesa há uma fogueira alta onde uma pessoa queima papéis. Aqueles papéis carbonizados eram laudos, segundo a “exorcista” fazendo a ritualística: “Exorciza quem quer curar o que não é doença”, gritam em meio a risadas. “A partir de agora os psicólogos [é] que vão ter que se tratar para disforia de laudo.”

Há caminhos históricos e políticos ziguezagueantes dessa inédita decisão do STF aos laudos carbonizados. Flavia Teixeira (2009), em sua tese, investigou como eram disputadas a verdade do corpo pela justiça e a medicina pelos pareceres de juízes, desembargadores e promotores de primeira e segunda instâncias do estado Rio de Janeiro e Brasília, em processos para retificação de nome e sexo e autorização do processo transexualizador a ser realizado no Sistema Único de Saúde (SUS). Antes da primeira portaria do SUS em 2008 e depois da normativa do Conselho Federal de Medicina de 1997, que legalizou procedimentos técnico-cirúrgicos de afirmação de gênero.

Lima (2017) pesquisou acórdãos dos tribunais brasileiros em relação à retificação de nome no período de 2000 a 2014. Foram identificadas nos discursos dos magistrados preocupações com uma possível fraude do(a) requerente, que se esconderia por trás desse processo e ameaçaria o(a) futuro(a) parceiro(a) erótico-

afetivo(a). A sociedade e, mais especificamente, a heterossexualidade em sua naturalidade e sua função de procriação seriam vítimas enganadas em sua boa-fé, por simulacros de homens e mulheres.

Segundo esses estudos, a cirurgia era importante para a mudança de nome e, principalmente, do sexo no registro. Os discursos dos magistrados iam e vinham na procura de uma essência daquele corpo que torcia a verdade de uma genitália. Aliando-se com saberes cheios de (in)certezas da endocrinologia, da neuropsiquiatria e da genética, ou distanciando-se com o argumento de que nenhuma alteração cirúrgica iria modificar a natureza do corpo (BENTO, 2006; TEIXEIRA, F. B., 2009). O direito devia sempre buscar a verdade do corpo e a verdade está na natureza, na genética, na heterossexualidade ou na ciência.

Em 2012, na Argentina, foi aprovada na câmara legislativa a lei de identidade de gênero, nº 26743, que desjuzticializa e despatologiza o acesso a cuidados de afirmação de gênero pelo sistema de saúde pública e autoriza a mudança de nome e sexo no registro civil. A discussão dessa lei, localizada no congresso nacional da Argentina, foi impulsionada pelos movimentos LGBT, feministas e de advogados (RUCOVSKY, 2015). Os parlamentares, em seus discursos, discutiram dívidas sociais para com uma minoria historicamente oprimida, os limites da patologia e saúde no financiamento, pelo Estado, de tecnologias que construiriam corpos (NEER, 2015).

No Brasil há o entendimento, pelo Estado, de que as pessoas trans têm direito ao acesso à saúde gratuita integral, garantida e financiada pelo Estado. Porém, para acessar esse direito, essas vidas precisam ser classificadas em um diagnóstico (BRASIL, 2013). E o direito ao nome passa por essas vias da patologização. Freire (2016) analisa como pessoas em sua materialidade são performadas por documentos organizados na entrada para o processo de retificação de nome pela Defensoria Pública do Rio de Janeiro. Aliando-se a Butler e Maus, constrói o argumento de que esses documentos, escritos pelos saberes da psiquiatria e da assistência social, e organizados pela defensoria, performam sujeitos portadores de uma doença e passíveis de direitos.

Laudos e pareceres são práticas de saúde demandadas em um serviço de saúde a profissionais que procuram cuidar de pacientes-requerentes. A narração desses documentos constitui práticas de saúde que interpelam vidas e as fazem inteligíveis com nome e sexo frente à sociedade. Segundo o entendimento de Mol (2006) de cuidado, é incluído nesse conceito o encontro do profissional com o paciente e a tecnologia. Encontro sempre provisório, que garante mobilidade ao cuidado, fazendo dele sempre inventado pela e na prática (*enact*). Essa escrita é feita como tecnologia fundada por “certezas psi”, que são referendadas pelo discurso jurídico e performam existências trans enquanto presunçosas de culpa, individualizadas ou passíveis de direitos. Porém, mais que somente a incorporação de uma norma, a emergência de um sujeito sempre se faz como paradoxo: o reconhecer-se nessa norma exige uma volta contra si, é requisitado um investimento no reconhecer (BUTLER, 2017).

Analisarei o caminho das ontologias da justiça e de seus discursos às práticas da escrita do parecer psicológico pedido por alguns juízes para o processo de retificação de nome e sexo no registro civil, em uma localidade ambulatorial. Este capítulo procurou analisar os discursos dos ministros do Supremo Tribunal Federal (STF) e discutirá suas implicações diretas e indiretas na produção de documentos pelos profissionais de psicologia do ambulatório.

7.1 Decisões do Supremo Tribunal Federal

Foi preciso preparar o relatório de retificação de nome pedido por uma mulher que é acompanhada no ambulatório. Já houve outras requisições de laudos a psiquiatras e pareceres a psicólogos para esses processos. As redações são negociadas com as pessoas, perguntando se é necessário legitimar o diagnóstico F.64 ou com argumentos contra a patologização. São entendidas a dificuldade e a urgência para a mudança de nome, por isso há essas ponderações para com essas pessoas.

Quando ela requisitou, já havia saído a decisão do STF de que não era mais necessário esse tipo de documento nem a passagem judicial para se autorizar a mudança de sexo e nome no registro civil de identidade. Portanto, por decisão judicial suprema, não era mais necessário passar pelas mãos do juiz.

A pessoa foi informada da decisão inédita, mas, por ser algo novo, leva tempo para os cartórios do país assimilarem a decisão em seus processos burocráticos. Nesse caso específico, essa pessoa começou a morar em uma cidade de porte pequeno no interior do estado de São Paulo, e seria novidade esse procedimento de mudança de nome e sexo pelas vias judiciais naquela cidade. Portanto, ela requereu um laudo psiquiátrico com o diagnóstico F.64 e um parecer psicológico.

Para efeitos de análise, descreverei esse processo de decisão do judiciário. Foi preciso percorrer alguns registros que foram publicados da decisão, com o objetivo de justificar o documento que era preciso produzir – pareceres e laudos que na literatura científica são criticados (FREIRE, 2016; LIMA, 2017).

Foi publicado no blog Justificando, que é vinculado à revista *CartaCapital*, o relato de Paulo Lotti¹³, advogado, professor, representante da Aliança Nacional LGBTI. Lotti participou em sustentações orais do processo de julgamento do Supremo Tribunal Federal, que decidiu o direito à mudança de (pre)nome e sexo a pessoas trans no registro civil, independentemente de cirurgias de afirmação de gênero, de laudos de profissionais de saúde e também de ação judicial. A decisão pelos ministros começa a se valer em efeitos de lei, que segundo Lotti aproxima o Brasil à lei de identidade de gênero na Argentina.

As leis são aproximadas, porém os caminhos e as instituições envolvidas se diferenciam. Aqui, o começo desse processo se deu por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 4275 protocolada por Deborah Drupat, subprocuradora federal, que substituíra o procurador em férias em 2009. Foi acionada para exigir que a mudança de nome e sexo no registro civil de pessoas trans não dependa de uma cirurgia ou de laudo de terceiros.

Aqui não será focada a burocracia que envolve os trâmites de processos judiciais, mas serão analisados os discursos que justificaram os votos dos ministros e ministras do STF, sujeitos que criam leis e produzem vidas passíveis de ter um nome e sexo correspondentes a sua vontade. Não somente nas falas das ministras e ministros, mas também em questões de ordem das advogadas, na participação de

¹³ <http://justificando.cartacapital.com.br/2018/03/02/stf-e-tse-fazem-historia-ao-afirmar-cidadania-de-transexuais-e-travestis/>. Acessado em: 23/09/2018.

Gisele Alessandra Schmidt e Silva, primeira advogada trans a proferir uma sustentação oral no STF; e nos olhos vermelhos e lábios escondidos de Luís Roberto Barroso ao ouvir a fala da mesma:

Sinto que estou fazendo história, mas se estou aqui perante Vossas Excelências, é porque sou uma sobrevivente. [...] A imensa maioria de travestis, transexuais e homens trans não teve as oportunidades que eu tive e estão à margem de qualquer tutela, reitero, morrendo apedrejadas e a pauladas em total violação ao princípio constitucional fundamental da dignidade da pessoa humana. [...] Estou aqui, perante Vossas Excelências, hoje, não apenas por mim, mas sim por toda uma população de pessoas que ainda sofrem imenso constrangimento e tem sua dignidade violada diariamente. Negar a uma pessoa o direito ao nome e à expressão de sua identidade é negar o direito de existir. Requer-se às Vossas Excelências, portanto, que não nos neguem este direito¹⁴.

Na performance desse julgamento, vidas são criadas enquanto pessoas humanas *à margem de qualquer tutela*. Vidas invisíveis iluminadas pelas luzes da instituição judicial, em um discurso de representação de uma população. Travestis, transexuais e homens trans ganham inteligibilidade enquanto vidas precárias que dependem de condições sociais e políticas para viverem. Cria-se uma ontologia de corpos e existências imediatamente social (BUTLER, 2015). A franja política e social desses corpos ganha tangência na fala de Alessandra e também nos olhos vermelhos que acompanham a fala elogiosa do ministro, documentada em jornais.

Depois dessa sustentação oral e outras em 2017, o julgamento foi suspenso até o começo de 2018, quando o processo retornou e se encerrou em 2 dias. Foram 3 pontos votados em relação a mudança de sexo e (pre)nome de transexuais e travestis: sobre a não exigência de cirurgias de transgenitalização (11 votos a 0), sobre a não exigência de laudos de terceiros (9 votos a 2) e de ação judicial (5 votos a 4). O processo foi se desenrolando em disputas, para além de votos dos ministros. Como questões de fato e de esclarecimento, que disputavam também denominações gramaticais, como, por exemplo, a palavra “transexuais” sendo substituída por “transgêneros”, pedido feito mediante as falas de Lotti e Maria Berenice Dias. Ocupando espaços para travestis e outras identidades nessa denominação estratégica e mais abrangente, justificadas por julgamentos da Corte

¹⁴ <https://g1.globo.com/politica/noticia/estou-fazendo-historia-diz-1-advogada-transexual-a-subir-a-tribuna-do-stf.ghtml>. Acessado em: 23/09/2018.

Interamericana de Direitos Humanos, ou a citação da decisão do Tribunal Constitucional Alemão.

O ministro Marco Aurélio Mello foi o primeiro a abrir as justificativas dos votos. Ele, em sua fala, pareceu confundir as exigências para a mudança do nome e sexo dessas pessoas com os requisitos do processo transexualizador. Ou seja, que era preciso o laudo de profissionais de saúde e dois anos de acompanhamento multiprofissional. Votou, então, pela não exigência de cirurgias, mas os outros dois votos foram desfavoráveis.

Vale lembrar que o processo transexualizador no SUS também foi construído por vias judiciais, por meio de uma ação civil pública. As próprias portarias justificam-se por essa decisão judicial na redação de sua publicação, juntamente com as resoluções publicadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), sendo estas também modificadas por solicitações de juízes. Flavia Teixeira (2017), analisando o histórico das portarias do SUS que regularizam práticas e financiamentos nos serviços públicos de saúde, percorre as justificativas de publicações e atualizações delas. O CFM, como conselho de uma classe, consegue determinar tanto no poder judiciário o que é considerado mutilação e crime como regularizar práticas que extrapolam sua classe – como quais profissionais devem compor a equipe multiprofissional e suas funções. Parece que o ministro Marco Aurélio se confundiu nesses dois processos jurídicos.

O ministro Ricardo Lewandowski deu seu voto para as decisões continuarem a ser processadas pela via judicial. Justificou que era preciso afirmações de terceiros, ou qualquer outro tipo de prova, que confirme se o requerente à mudança de nome e sexo no registro faça jus às aparências no cotidiano. Segundo ele: “Cabe ao julgador à luz do caso concreto e vedada qualquer forma de abordagem patologizante da questão”¹⁵. Mesmo descartando a exigência de laudos de terceiros, ainda era necessário passar pelos olhos de juízes.

¹⁵ Trechos dos votos citados estão documentados no canal de notícias do Supremo Tribunal Federal, <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=370951>. Acessado em: 23/09/2018.

Heranças dos pedidos de juízes e juízas do teste de realidade, com fotos do cotidiano das pessoas que requeriam acessar processos de saúde (cirúrgicos) e mudança do registro (BENTO, 2006; TEIXEIRA, F. B., 2009). Nota-se que ele faz uma ressalva, “vedando qualquer forma de abordagem patologizante da questão”. É embaralhado o discurso do ministro, ao mesmo tempo que sua fala exige a verdade de um requerente que pode mentir, há atravessamentos de movimentos militantes pela despatologia das identidades trans, ou pela sustentação oral anteriormente citada.

A transexualidade como simulacro de mulher e homem verdadeiros, que ameaçam a sociedade e a verdade, aparecem em ecos quase inaudíveis nos votos dos ministros. Os discursos estão localizados em uma historicidade específica, em que são operados outros conceitos de transgenitalidades, atravessados por outras implicações políticas. Os procedimentos cirúrgicos que estão sendo realizados, *guidelines* de hormonização mais ou menos consolidadas, pesquisas de cirurgia financiadas, abertura de portarias do SUS que normatizam e financiam procedimentos e serviços voltados à pessoa trans e o próprio movimento de despatologização dessas vidas: “vedada qualquer forma de abordagem patologizante da questão” (ressalva do ministro Lewandowski).

A sustentação oral de uma mulher transexual, advogada, que mudou o seu nome e sexo em seu registro, é paradigmática. Ela opera conceitos de representatividade, “dando voz” e performando vidas precárias. Dos olhos chorosos de Barroso até a citação de Cecília Meireles – “Já fui loira, já fui morena, já fui Margarida e Beatriz, já fui Maria e Madalena, só não pude ser como quis” – no voto decisório e final da ministra presidente Cármen Lúcia.

A verdade está sustentada em portarias, normativas, representatividade e movimentos de despatologização. A transexualidade ganha outra ontologia política, e nesse encontro a justiça também é performada em outra função, em outro campo moral que visa “garantir a efetivação material do princípio da igualdade” (trecho de voto de Cármen Lúcia), e que deve ser

imperioso acolher novos valores e consagrar uma nova concepção de direito fundada em uma nova visão de mundo, superando os

desafios impostos pela necessidade de mudança de paradigmas em ordem a viabilizar, até mesmo como política de Estado, a instauração e a consolidação de uma ordem jurídica genuinamente inclusiva. (Voto do ministro Celso de Mello)

7.2 A escrita

Para efeitos de análise, será descrito o documento que foi usado como modelo para uma paciente do ambulatório. Lembrando que não será vinculado a ele nenhum nome ou singularidade da vida da pessoa. Além da importância do sigilo, essa escolha faz emergirem desse documento escolhas políticas, que tentam extrapolar vidas de suas individualidades. Uma abrangência política dos termos trans, travesti, gênero, sexo e nome como estratégia para se safar de uma individualização patológica.

O documento é iniciado com o nome da paciente-requerente, com o qual ela se reconhece e, logo abaixo, o nome com o qual ela foi registrada. Ao longo do documento é utilizado o nome com o qual ela se reconhece. Outros dados de documentos, CPF, cartão do SUS, também são escritos no início.

O próximo tópico é um resumo. Ele descreve a demanda pela escrita e que serviço ela está pedindo, no caso, o parecer psicológico:

Desde o início tinha como demanda a retificação de nome no registro civil, como passo complementar e fundamental para sua identidade e reconhecimento social.

É compreendido que essa demanda pelo documento de retificação de nome e sexo no registro civil faz parte do cuidado integral das pessoas que são acompanhadas no ambulatório trans. Como um cuidado à paciente que é “complementar e fundamental para sua identidade e reconhecimento social”. Para além de fazer transexualidades por meios hormonais, pela voz e por intervenções cirúrgicas, passa-se à demanda por um cuidado pelo reconhecimento perante a sociedade civil, por um subjetivar-se trans.

Os documentos que tentam responder a essa demanda são legitimados pelos saberes psi. Eles descrevem, nomeiam e categorizam a identidade trans enquanto desvio do gênero ao sexo. A psicologia e a psiquiatria nomeiam e fazem confessar a

verdade do sexo escondida nas entranhas de um eu, nas relações familiares conturbadas, nos desvios de vestimentas etc. (FOUCAULT, 1984).

Faz-se uma ontologia trans – subjetivação trans –, na qual a pessoa se reconhece e investe-se nessa identidade. Bento (2006), aproximando-se de Foucault, concebe o dispositivo da transexualidade como a amálgama de saberes e tecnologias – endocrinológicas, psicológicas, psicanalíticas e cirúrgicas – que produzem a transexualidade enquanto possibilidade de subjetivação. Capturam-se essas existências e elas são nomeadas em um diagnóstico, uma verdade do sexo em suas psiques. Mas o que é produzir essa verdade subjetiva, essa identidade nem sempre coerente, mas acolhida, investida na descrição de um laudo, no encontro entre paciente e profissional psi?

O termo “subjetivação” traz em si o paradoxo: *assujettissement* denota tanto o devir do sujeito quanto o processo de sujeição – só se habita a figura da autonomia sujeitando-se a um poder, uma sujeição que implica uma dependência radical. (BUTLER, 2017, p.89)

Butler (Ibid.) analisa o paradoxo do “devir sujeito” como um dos efeitos do poder mais insidiosos. Ela resgata o psiquismo, complexificando-o para além de uma norma incorporada. Ao mesmo tempo que o sujeito é produzido pelo poder, pela norma, exige-se um reconhecer-se, um investimento de se identificar em repetição, manter-se em sujeição ao chamado da lei. Reconhecer-se na norma, para garantir inteligibilidade social, sempre com a chance de um não reconhecimento. “O poder que inicia o sujeito perde a continuidade com o poder que é a ação do sujeito” (Ibid., p.90).

Essa ideia vai de encontro ao argumento de Foucault do dispositivo de sexualidade. Com uma visão psicanalítica, Butler tenta delimitar uma vida psíquica, que precede ou excede a norma, e é produzida pelo e faz resistência ao poder. Essa visão problematiza a crítica de Foucault à hipótese repressiva de Freud, pois ela entende que para a psicanálise¹⁶ a lei repressiva é investida libidinalmente, ou seja, há um apego à sujeição, um desejo pela norma, às custas de um reconhecimento

¹⁶ No seu livro, ela reconhece a abrangência de teorias da psicanálise, mas limita-se às teorias de Freud e Lacan.

social. Ou seja, o desejo não é reprimido, mas atizado e investido na lei. No caso aqui analisado, um nome e sexo no registro civil:

Para Foucault, o sujeito é formado e só depois investido de sexualidade por um regime de poder. No entanto, se o próprio processo de formação do sujeito exige uma apropriação antecipada da sexualidade, uma proibição fundadora que proíbe determinado desejo mas se torna alvo do desejo, então o sujeito se forma através da proibição da sexualidade, uma proibição que, ao mesmo tempo, forma essa sexualidade e o sujeito que a assume. (Ibid., p. 111)

Portanto, o sujeito do sexo faz-se como paradoxo, um problema ontológico. Butler defende que é possível pensar em uma ontologia da libido e aproxima-se de Freud. Ela entende a estabilidade do “Eu”, como obra de um desejo sublimado, que é formado, e sustentado, por proibições. Ela traz a perspectiva da injúria de políticas identitárias que circunscrevem vidas em categorias estigmatizadas. Um processo de autocolonização também paradoxal: somente na ocupação dessas categorias é possível resistir e se opor a ele. Pode ser associado à ideia do pensamento *queer*, de positivar categorias injuriosas como possibilidade de resistir dentro dos jogos de poder.

Voltando à demanda daquela paciente, às recentes decisões do STF e à localidade dos cartórios de São Paulo que ainda não acompanharam em sua burocracia esse processo. A paciente-requerente, o profissional e o documento entram nesse meio-campo, sabendo da importância do sigilo e da despatologização e respeitando suas vontades e direitos de ser reconhecida enquanto mulher.

No modelo e na versão final do parecer, o próximo tópico depois do resumo é *Análise e conclusão*. É descrita a relação da paciente-requerente com a família e a escola, sempre relatando conflitos com essas grandes instituições-chave quanto às políticas públicas. Sem nunca revelar nomes, circunstâncias específicas, eventos-chave ou um quadro patológico. Por exemplo, no caso da família, estão descritos brevemente conflitos intrafamiliares com pessoas trans, relatados em algumas pesquisas também:

[...] passou por conflitos intrafamiliares por não se adequar aos papéis de gênero esperados dela, isto é, gostos, traços, trejeitos e preferências significantes socialmente como masculinos.

É apresentada essa instituição e é descrita a paciente-requerente como ser social, uma generalidade proposital. A transexualidade se faz como categoria social ao encontro de outras instituições, em embates políticos. Rompe-se características fixas, pré-discursivas da transexualidade como desvio ou doença e a mobiliza, segundo uma historicidade e nos encontros com instituições. Rompe-se a fixidez:

[...] explodir a noção de fixidez, descobrir a natureza do debate ou da repressão que leva a aparência de uma permanência eterna na representação binária dos gêneros. Esse tipo de análise tem que incluir uma noção do político, tanto quanto uma referência às instituições e organizações sociais. (SCOTT, 1989, p.22)

O gênero como categoria analítica histórica dos encontros entre corpos que Scott propõe também é usado como conceito nesse documento. O intuito é extrapolar um diagnóstico. Posiciona transexualidade como identidade em conflito com as normas de gênero (BENTO, 2010). Coloca-a em processos históricos e políticos:

[...] sofre com o conflito entre identidade de gênero que lhe atribuíram e a que sente subjetivamente e objetivamente. Para além desse conflito, é de fundamental importância que seu reconhecimento social encontre respaldo na adequação de seu nome. Ser chamada por nome adequado ao gênero constitui-se em aspecto importante para seu processo de identificação, significando sua legitimação social como mulher. Esta é uma mudança concreta, que possibilita sua inserção e reconhecimento social, amenizando seu sofrimento.

O documento produz sujeitos que sofrem, pessoas com direito a ter direitos (FREIRE, 2016). Porém, mais que uma trajetória individual e sofrida, o documento tenta descrever uma vida sempre em tangências sociais, em encontros com instituições públicas. Butler (2015) propõe o conceito de enquadramento para pensar projetos políticos de visibilidade e dizibilidade que enquadram, legitimam e fazem inteligíveis corporeidades. Pensando a ontologia da vida como vivível sempre em intrínseca dependência de uma historicidade política:

O “ser” do corpo ao qual essa ontologia se refere é um ser que está sempre entregue a outros, a normas, a organizações sociais e políticas que se desenvolveram historicamente a fim de maximizar a precariedade para alguns e minimizar a precariedade para outros. [...] Antes, ser um corpo é estar exposto a uma modelagem e a uma forma social, e isso é o que faz da ontologia do corpo uma ontologia social. (Ibid., p.15)

O objetivo do modelo fortalece seu argumento com mais dois documentos: Cartilha de Orientação para o Atendimento LGBT, elaborado pelo Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo:

As identidades ou expressões de gênero são as diferentes maneiras de sentir e se apresentar para si e para os outros, em termos de feminilidades e masculinidades. Porém, apesar de nossa cultura privilegiar a diferença sexual (ter pênis ou vagina) como sendo a base da identidade de gênero, o nosso sexo biológico não determina nossa identidade de gênero. Essas categorias – sexo biológico, identidades de gênero e orientação sexual – compõem um universo extremamente amplo e de infinitas possibilidades, que denominamos diversidade sexual, ou seja, as várias formas de expressão que a sexualidade humana pode assumir. E não podemos nos esquecer que, certamente, nenhuma dessas definições, sozinha, dá conta de explicar essa tamanha diversidade. (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013)

E o manifesto pela despatologização do Conselho Regional de Psicologia-SP:

Os estudos de gênero e as próprias experiências vividas por pessoas trans demonstram que a concepção binária de gênero presente no ocidente e o alinhamento entre sexo, gênero e desejo não são algo “natural”. A ideia da existência de dois gêneros opostos, feminino e masculino, baseada na diferença entre os sexos, é algo construído culturalmente. A realidade de sexo, de gênero e do corpo não pode ser imposta. Ela tem que ser observada nas formas e experiências do indivíduo e do grupo. (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA-SP, 2011)

São elencadas categorias como: gênero, sexo, desejo e orientação sexual, colocando-as como conceitos culturais, tirando-as de entidades naturais ou transcendentais. Abrem-se possibilidades de vidas, denominadas pela *diversidade sexual e diversidade de gênero*. Em seu penúltimo parágrafo:

A existência dessa diversidade e a garantia de direitos dessa população devem ser consideradas pelo Estado. Conceder o direito (nome da pessoa), que deve ser reconhecida legalmente da maneira como ela se vê no mundo promove ganhos subjetivos incomensuráveis. Em contrapartida, essa adequação não acarreta nenhum ônus ao Estado. Partindo do pressuposto de que as identidades de gênero não são algo dado naturalmente, estando ligadas às construções sociais, o Estado deve acompanhar o movimento da sociedade.

O documento termina citando o processo e a decisão do STF e logo abaixo vêm os nomes de todos os profissionais que atendem a pessoa no ambulatório e suas respectivas assinaturas: endocrinologista, psicólogo, fonoaudióloga, psiquiatra

e assistente social. Como estratégia para se desvincular do discurso da psicologia, outros profissionais participam na construção do documento, pois essa vida espalha ramos pelos encontros clínicos.

A paciente e o psicólogo leram juntos o modelo do documento e foi decidido que alguns itens poderiam ser retirados e outros, afirmados. Por exemplo, no caso do termo “mulher trans”, ela sugeriu que todas as vezes que ele era mencionado se retirasse o adjetivo trans e se colocasse somente “mulher”. No exemplo do trecho: “Por volta de [...] anos começou a se entender *como mulher*, demonstrando para sua família e para pessoas próximas que não era um garoto”.

Semanalmente essa mulher comparece aos encontros com os profissionais. Entre conversas com o psicólogo, exercícios vocais com a fonoaudióloga, mediações de feedbacks hormonais com o endocrinologista, são acompanhados seus processos de vida em sua integralidade: não somente, mas também de seu processo de afirmação de gênero que esse serviço oferta. As conversas são instaladas no meio, sem a necessidade de investigação de uma verdade, para aprovação de um procedimento começo-fim que comprovará, curará, transformará ou fará renascer uma vida ou um corpo na estaca zero. Como uma linha transversal que atravessa sua vida, o adjetivo “trans” permeia diferenças nas relações de trabalho, amores, família. Na infância, adolescência e maturidade. Em alegrias e tristezas. Intersecções de diferenças, que fazem dessa vida e de outras que passam e são ouvidas por lá vidas singulares.

Marco Aurélio Maximo Prado (2018) foi um alento nesses primeiros momentos da minha prática psicológica e também de escrita científica: um professor acadêmico, psicólogo, que sempre esteve mais presente na área acadêmica e agora experimentou uma especialização em psicologia no ambulatório de Uberlândia. Com toda a burocracia do SUS, preenchimentos e prontuários. Mas também os erros, imprevisibilidades e as surpresas prazerosas de ouvir vidas em seus tempos, em suas singularidades.

O que me chamou mais a atenção em sua obra foi o conceito de tempo que ele descreve. Quando ele conta das várias vidas que passam pelo ambulatório:

pessoas que vão curiosas para conhecer o serviço, pessoas que são acolhidas em várias idades, acompanhadas por diferentes pessoas. Muitos mundos, em tempos diferentes, processos singulares. Ele diz que despatologizar

tem o sentido prático de dar lugar para a voz do outro, ao mundo do outro. Um rompimento, uma cisão no tempo da urgência. Dá uma autonomia da voz. A voz passa a ser um discurso, um pensamento, uma reflexão. Despatologizar significa compreender o que o outro compreende e como tal compreensão pode somar à sua, digo à nossa, de um ambulatório, onde há equipes médicas e práticas de cuidado estabelecidas em protocolos e fluxogramas. (PRADO, 2018, p.54)

Como compreender o mundo do outro e entender seu tempo e sua complexidade, sem a urgência de uma teoria que prevê tudo ou uma prática com uma metodologia clara? Não é uma questão de teoria diferente da prática, pois a teoria faz movimentar pensamento e produz prática. Mas estar em um processo sem saber o fim, sem uma teoria que diga o caminho ou uma conduta prática detalhada e clara. Você só tem um objetivo abrangente e a possibilidade de ser afetado.

Porém, quando se trata de uma demanda para um documento, que vai passar pelos olhos de um juiz, é preciso estratégias para a escrita. Fazer aquele sujeito-requerente alinhado em encontros com instituições políticas: como a família, a infância e serviços públicos de saúde e educacionais. Deixar aquela vida não individual, em um sofrer sem espaço para agência, mas sim como vida passível de ser enlutecida e com direitos.

8 PRÁTICAS DA CIRÚRGICAS E APALPAR PELO AFETO

Até aqui foram descritas práticas de cuidado de média complexidade – ambulatoriais –, segundo a portaria do processo transexualizador 2803/13. Agora descreverei práticas com outro caráter de complexidade e em outra localidade. As práticas cirúrgicas de intervenções plásticas dos caracteres sexuais primários e secundários, que são garantidas pela portaria e classificadas na linha de cuidado de alta complexidade.

Em 1997, com a normativa do Conselho Federal de Medicina (CFM), as cirurgias foram retiradas de seu caráter de mutilação e, conseqüentemente, legalizadas como prática médica. Além de possuir efeitos legislativos para denominar práticas como crimes ou não, extrapolam as práticas da classe de médicos, estipulando nessa normativa bases de um cuidado multidisciplinar com psicólogos e assistentes sociais (TEIXEIRA, F. B., 2017).

Até a primeira normativa pelo SUS de 2008, as práticas cirúrgicas eram realizadas pelos serviços públicos por medidas judiciais. No ano de 2008 foi instituída a primeira portaria que regulamentava a cirurgia de redesignação sexual de transexuais femininas (BRASIL, 2008), movida pelo controle social de movimentos trans, sendo que no mesmo ano houve a I Conferência Nacional de Saúde LGBT. É possível perceber a força política da normativa do CFM também na segunda consideração da portaria, que cita a resolução federal de medicina nº 1652/2002, que autorizava a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia como “tratamento de casos de transexualismo” (BRASIL, 2008).

A última portaria a ser aberta pelo SUS foi a 2803/13, movida pela Ação Civil Pública nº 2001.71.00.026279-9/RS. Ela ressalta o papel de saúde integral às pessoas trans – da saúde básica aos atendimentos especializados –, aumenta os procedimentos de hormonização e cirurgias para os homens trans, além de retirar a centralidade dos procedimentos cirúrgicos do cuidado às pessoas trans.

No estudo de Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017) foram contabilizadas e analisadas as cirurgias realizadas pelo SUS no período de janeiro de 2008 a maio de 2016. No total foram 320 procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero contemplados na portaria. Há uma maior quantidade de acesso por usuárias(os) que são residentes das regiões Sudeste e Sul. Não foi contabilizado nenhum óbito. São realizadas cirurgias financiadas em instituições que estão listadas na portaria 2803 previstas pelo SUS.

As práticas cirúrgicas pareciam distantes das do ambulatório. Em termos práticos de localidades: os hospitais que realizam as cirurgias não ficam no mesmo espaço do ambulatório, oferecendo alguns desafios como a coordenação de condutas pré e pós-cirúrgicas já mencionadas. Há também a distribuição do tempo entre essas duas práticas: do processo longitudinal de dois anos dos cuidados ambulatoriais aos procedimentos cirúrgicos pontuais – pré, a operação e pós. Esse período é regulamentado pela portaria, que exige a produção de laudos multiprofissionais que provam o diagnóstico de disforia de gênero.

Porém elas se aproximam e se coordenam, pelas reivindicações de movimentos sociais por mais leitos cirúrgicos, às demandas mais locais de pacientes do ambulatório, que exigem o acesso a essas técnicas e tecnologias cirúrgicas como parte do cuidado integral. Há trocas de interesses do ambulatório e das instituições hospitalares, que concretizam acordos de ambas as partes para novos leitos que suprem metas de procedimentos que um hospital precisa cumprir: no caso, do hospital onde se realizam as mamoplastias masculinizadoras ou corpos para protocolos de pesquisa de uma universidade.

Há realidades produzidas descritas neste trabalho: nas práticas da enfermagem e da assistência social, como um corpo trans das medidas de espessuras corporais e de retaguarda social; na clínica psicológica, como um corpo subjetivado trans; na fonoaudiologia, no *pitch* de uma voz fragilizada por ombros encurvados, *binder* apertado e o medo. Um corpo múltiplo trans que é compartilhado e coordenado entre profissões e práticas que tentam não patologizar.

As descrições das práticas de cuidado anteriores performaram corpos trans no encontro de falas de pacientes e saberes dos profissionais do ambulatório, que precisam da fala para movimentar o cuidado. O corpo trans também é performado em cima da mesa cirúrgica, anestesiado, envolvido por mantas esterilizadas, com seu rosto tampado por uma máscara de oxigênio, ilustrado em ressonâncias iluminadas e nos discursos especializados dos cirurgiões em termos de incisões e cortes. Realidades de corpos separadas em tempos e espaços, que não se somam em um todo unificado psico-socio-bio, nem em contradições dialéticas – sujeito/corpo; corpo/tecnologia –, simplesmente separadas em síntese e antítese. Realidades diferentes em tensão. A tensão de habitar “e dividir o mesmo mundo, [...] em um contínuo movimento de tomar distâncias e misturar-se [...]. Fricções são elementos vitais de *inteiros*” (MOL, 2002, p.114).

Um corpo múltiplo trans está no meio desse misturar, entre dicotomias de gêneros masculino/feminino, orgânico/máquina. Biotecnologias que produzem e controlam corporalidades em taxas de permeabilidade. Corpos codificados em cifras que autorizam ou não passagens de fronteiras (DELEUZE, 1992; HARAWAY, 2016; PRECIADO, 2018). O corpo perde tangência por tecnologias que acoplam e já não se diferenciam dele: moléculas sintéticas hormonais, cortes, enxertos produzem gênero e inventam vidas, mais vivas que a natureza, a essência de uma genitália ou gônada.

Os corpos são feitos menos em quadrantes bem isolados – “nenhum corpo é, em si, sagrado” (HARAWAY, 2016, p.62) – do que intensidades em relação de interface. Portanto menos em um regime disciplinar do que em controles de fronteiras por codificação dessas intensidades em uma linguagem comum. Codificação, nesse caso, em um diagnóstico de disforia de gênero, que dita às pessoas que não se adéquam ao gênero designado ao nascer para acoplarem tecnologias de hormônios e técnicas cirúrgicas e readequarem esse corpo transviado à binaridade de gênero em um regime heterossexual.

Porém abre-se um território de tráfico intenso entre territorialidades. Nessas passagens, mesmo que sejam pelo crivo de um diagnóstico ou por uma ética despatologizadora, parece que algo escapa. E os profissionais estão no meio e são

afetados nesse embaralhar. Nas suas práticas eles desfazem organismos e agrimensam passagens.

Desfazer o organismo nunca foi matar-se, mas abrir o corpo a conexões que supõem todo um agenciamento, circuitos, conjugações, superposições e limiares, passagens e distribuições de intensidade, territórios e desterritorializações medidas à maneira de um agrimensor. (DELEUZE & GUATTARI, 1996, p. 22)

Neste capítulo serão percorridos dois caminhos. O primeiro, a cirurgia feita por Francisco. Mamoplastia masculinizadora, realizada em um hospital que é parceiro do ambulatório. Em 2017 foram inaugurados esses leitos e até a escrita deste trabalho foram realizadas 54 cirurgias de mamoplastia masculinizadora, movimentando a fila do estado de São Paulo inteiro.

O outro começará pela cirurgia de João, que não abrange a especificidade no processo transexualizador, mas consideramos aqui como essencial ao cuidado a ele, pessoa que se identifica como homem transintersexo.

8.1 Cirurgia de mamoplastia masculinizadora

Francisco, 35 anos, nasceu e mora em São Paulo. Após a graduação fez especialização em cirurgias plásticas, sendo três especializações de mamas e uma de nariz. É cirurgião voluntário do hospital parceiro do ambulatório, onde começou a realizar cirurgias de mamoplastia masculinizadora em 2017. Lá, além de chefiar a cirurgia, supervisiona médicos residentes.

Em sua entrevista, conta como se aproximou desse tipo de cirurgia: além de suas especializações, tinha contatos com professores da universidade onde se graduou. Convidaram-no para compor como cirurgião plástico a equipe do Núcleo Trans. Ele conseguiu leitos para a cirurgia em um hospital parceiro. Como nunca havia realizado cirurgias em homens trans, precisou estudar técnicas. Durante o período de estudos, foi convidado para ministrar uma aula no ambulatório de atenção integral à pessoa trans e travestis do Centro de Referência e Testagem (CRT) para homens trans:

[...] poderia ser algo diferente da minha vida, algo que, que trouxesse, que poderia realmente fazer diferença na vida de alguém.

[...] Foi lá que acabei descobrindo, sabe? Conversando. Eu mesmo conversando com, com os meninos. Como que era? Perguntava como era o nome deles, a trajetória, desde quando ele sente a disforia. Eles se sentem de um gênero diferente do que eles são. E realmente eu percebi que era um paciente muito grato. [...] Os pacientes geralmente da plástica, mesmo os estéticos, são muito agradecidos. A gente não tá tratando, só tratando vaidade, tratando soberba. A gente trata a psique do paciente. (Entrevista cirurgião Francisco)

Foi a um grupo de meninos trans acompanhados pelo CRT para conceder uma aula teórica sobre a técnica da cirurgia, os resultados estéticos e possíveis riscos e complicações. Nessa ocasião ele ainda não tinha realizado esse procedimento. No encontro houve trocas entre aspectos técnicos de Francisco as histórias da vida dos rapazes.

Francisco entende as cirurgias como uma diferença na vida de alguém. Quando confirma a data de cirurgia com os meninos, muitos deles choram, ficam emocionados junto com parceiras, parceiros, familiares. Mostrou então uma foto em seu celular de um paciente que tatuou o dia, mês e ano de sua cirurgia. “Como se fosse um novo renascimento, né?”, compreende Francisco.

No cotidiano do hospital, ele atende as pessoas candidatas a cirurgia à tarde no hospital e opera pela manhã. Ele considera seu atendimento pré-cirúrgico como “final da cadeia”. Há somente uma consulta antes da cirurgia e os homens trans encaminhados geralmente já estão orientados sobre como é o procedimento e o que é preciso levar para a cirurgia. Informações que são dadas pelos profissionais do CRT e pela militância. São acompanhados para lá com laudos, relatórios e exames clínicos já feitos. Ele exige esses relatórios.

Francisco também mapeia a trajetória de vida do paciente: a relação com os pais, a escolha do nome da pessoa, como entrou em contato com a identidade trans e também se faz hormonização. Lá é medido o Índice de Massa Corpórea (IMC), se o paciente é tabagista ou alcoolista. Francisco é muito exigente com relação a essas medições, pois um IMC mais alto, ou um tipo específico de hormonização, por exemplo, podem gerar complicações na cirurgia.

Somadas todas essas especificidades físicas do paciente, eles escolhem entre três técnicas de cirurgia: amputação mamária, com enxerto do complexo anel papilar, ou mastectomia com enxerto de complexo anel papilar (a famosa cirurgia do sorriso, que deixa cicatrizes com o formato de um sorrir); técnica pareoaleolar (na qual o tecido mamário é retirado pelo mamilo); e a técnica pareoaleolar estendida (pelo mamilo também).

Ele aproxima sua prática da metáfora de dirigir. A cirurgia que foi estudada por meio de artigos científicos, livros médicos, é especializada pela e na prática: já se sabe operar um carro, agora opera-se um caminhão:

É que nem dirigir um carro. Sabe dirigir? Sabe dirigir caminhão? Então, se você pegar um caminhão, em poucos minutos você vai saber dirigir um caminhão. É diferente, mas parecido. É a mesma coisa na cirurgia. Sabe? Eu já sei operar, então a hora que eu pego uma outra cirurgia eu já tenho bases que eu já sei o que dá para fazer e o que não dá para fazer. Então eu consigo prever, por exemplo, que o paciente obeso vai ter complicação, que um enxerto pode ter um sofrimento, que um retalho pode morrer. [...] Então a base eu já tenho, só precisava engatar a primeira lá e vamos ver como o negócio anda. E aí, obviamente, com o tempo, essa minha cirurgia mudou muito. A primeira cirurgia que eu fiz, das primeiras até as que eu faço hoje, mudou muito. O método, os detalhes, mudou. É aquilo que você só aprende dirigindo, você sente, você... Ah, engata aqui, mas às vezes dá uma tremida. A embreagem é mais dura. Então tem os detalhes, os refinamentos eu tive que aprender por conta mesmo. [...] Então, assim, não é que eles são cobaias, mas eles são, fazem parte de um amadurecimento cirúrgico e é experiência, trazem experiência. (Entrevista cirurgião Francisco)

Há ocorrências comuns nas práticas cirúrgicas: riscos previstos a pacientes obesos, enxertos que podem necrosar, entre outros fatores. Porém a prática vai amadurecendo pela experiência. No encontro de corpos em suas especificidades são criados melhores caminhos.

Depois da entrevista com Francisco, fui acompanhá-lo em uma cirurgia de mamoplastia masculinizadora. A nomenclatura dessa cirurgia é uma escolha respaldada em argumentos técnicos por Francisco. “Mastectomia” remete às cirurgias de remoção total de mamas para retirada de tumores. Francisco entende esse procedimento como mamoplastia, pois o considera como cirurgia estética,

plástica, que tem a função de produzir um peito masculino, destacando a importância de se manter os mamilos e características estéticas masculinas.

Informou que a cirurgia estava marcada para as 7h30. Elas são combinadas com os pacientes às 7 horas da manhã. Eles são incentivados a chegar um pouco antes, para os preparos de vestimentas. Francisco recebe pessoas de várias cidades do estado de São Paulo. Algumas pessoas precisam sair de suas casas de madrugada. Não houve desistências até então e Francisco fica surpreso com isso.

Nós dois vestimos roupas cirúrgicas verdes, esterilizadas. Seguimos e nos encontramos com o rapaz que iria ser operado e sua companheira, os dois estavam sentados. O rapaz já estava com uma camisola cirúrgica cinza, parecia leve, com uma abertura na parte de trás que estava semifechada por laços frouxos. Francisco cumprimentou-os e apresentou o pesquisador a eles. O menino parecia tranquilo, falou pouco. “A namorada [é] que estava preocupada”, contou Francisco.

Entramos na sala cirúrgica. Nela estavam Francisco como assistente do cirurgião, o cirurgião residente, um anestesista residente, a enfermeira e uma assistente de enfermagem, a psicóloga do rapaz que iria ser operado e eu. De vez em quando um anestesista entrava para supervisionar o residente. De um canto a outro a enfermeira posicionava instrumentos, tesouras, fórceps, uma vasilha de metal, onde colocava o soro para depositar restos de carne e tecido da cirurgia; e outros instrumentos, que ficaram posicionados em uma mesa com rodinhas.

Fixaram um pano preto na parede da sala com fita crepe. Ali o rapaz posaria para as fotos que seriam usadas para auxiliar no procedimento e também para registro. Ele pareceu constrangido, precisou despir-se para as mamas serem fotografadas. Ele segurava a camisola na altura de sua virilha para não ficar completamente nu. Depois das fotos, traçaram com caneta verde uma mediana entre as duas mamas e com canetas preta e verde foram marcadas linhas acima delas e também abaixo, posicionando os seios para conseguir desenhar melhor. Foram tiradas fotos de frente, depois a 45 graus para a direita e de perfil. Também foram tiradas fotos do lado esquerdo. Algumas precisaram ser refeitas para o rapaz corrigir sua postura, posicionar-se na perspectiva certa etc.

O rapaz sorria, constrangido. Francisco pegou uma caixa de som e perguntou o que o rapaz gostaria de ouvir. Rindo, ele disse que gostava de Rihanna. O pesquisador sorriu também. Infelizmente Francisco não tinha músicas da cantora em seu celular, mas colocou uma música leve. O garoto foi posicionado na mesa cirúrgica, os braços estendidos a 45 graus na mesa, apoiados em extensões de metal, retirou-se a camisola, mas foi coberta sua virilha com mantas cirúrgicas.

A anestesia começou a ser preparada pelo residente e uma assistente de enfermagem. Colocou-se uma agulha na mão esquerda do rapaz e uma cortina foi posicionada no seu pescoço, separando sua cabeça do resto de seu corpo, enquanto a máscara de oxigênio estava sendo preparada pelos dois. Outros eletrodos foram posicionados em seu corpo e o computador começou a captar sinais fisiológicos do corpo.

Enquanto estavam nos preparos, eu me aproximei da psicóloga, que também parecia estranha. Disse que era psicólogo e que aquela cirurgia era a segunda que eu acompanhava. Ela é psicóloga de um serviço da assistência social em Campinas. Disse que acompanha seus pacientes nas cirurgias. Além de ir para suporte, também ia por curiosidade. Durante o procedimento, comentou as semelhanças e diferenças do procedimento, aquelas que deixam cicatrizes do “sorriso”, outras que retiram as mamas pelos mamilos, não havendo cortes muito longos e invasivos.

Nesse caso, Francisco e a equipe escolheram o procedimento de amputação mamária, com enxerto do complexo anel papilar. Consiste em dois cortes, um em cima e outro embaixo das mamas. Retiram a gordura e as glândulas. Depois costuram os tecidos da pele superior a inferior.

A outra assistente ajudava Francisco e o cirurgião residente a colocar roupas. Vestiram luvas plásticas, levantaram os braços e os estenderam paralelamente ao chão, esperando serem abraçados por um grosso avental cinza, que era posicionado em seus troncos pela enfermeira.

Colocaram a máscara de oxigênio no rapaz e pediram que ele inspirasse fundo. O anestesista injetou uma droga nos tubos que iam em direção a sua mão

espetada. Ele ficou por trás da cortina, sentado em uma cadeira, para supervisionar os sinais fisiológicos do corpo.

Em poucos segundos o rapaz dormiu e tudo ganhou outra velocidade. Os procedimentos de preparo aceleraram-se com a música, que foi para um rock dos anos 1980. Tiraram rapidamente a manta que estava em sua virilha. Francisco começou a fazer a limpeza com uma bucha na região para limpar possíveis sujeiras.

Colocaram as pernas do rapaz em posição de losango em relação ao seu quadril, apoiando as solas dos pés uma contra outra. Estenderam uma manta pelo seu corpo inteiro, só deixando descoberta a área onde iria ser realizado o procedimento. Então limparam bem o lugar e começaram os cortes. Eles são feitos com um bisturi pelo residente, que vai seguindo as marcas de caneta na pele, sempre orientado por Francisco, que já sabe os procedimentos próximos. Primeiro corta a reta do meio, depois a reta da parte inferior do peito, depois a superior.

Enquanto cortavam a pele, outras camadas daquele corpo iam aparecendo. Três tecidos no total: branco, amarelo e vermelho. Francisco, por entre a máscara, convidou a psicóloga e eu para nos aproximarmos. Distinguiu os três tecidos: o branco era o tecido glandular da mama, o amarelo era o adiposo e o vermelho, mais a fundo, eram os músculos. Eles estavam retirando todo o tecido glandular e adiposo para conseguirem retirar a mama, uma de cada vez.

Mudaram de objeto de corte: do bisturi de aço ao bisturi elétrico, que cortava queimando os tecidos. Um cheiro de carne cauterizada invadiu a sala. Quando cortavam mais próximo dos músculos, o tecido se contraía. Era preciso estancar todos os sangramentos no tecido do músculo.

O procedimento durou aproximadamente 4 horas. Foi preciso não sobrar nada entre a epiderme e o músculo, para conseguirem costurar a parte da pele de baixo com a parte de cima e deixar aquela área plana. Para isso era necessário retirar uma mama de cada vez. Nesse ínterim entre cortes houve conversas. Francisco e o assistente nos convocaram – eu e a psicóloga – a falar sobre nossas práticas, sobre algum dado epidemiológico dessa população, como, por exemplo, a

incidência de depressão, a quantidade de pessoas trans que procuravam aquela cirurgia.

Em outros momentos eu ficava em silêncio, observando, meio tonteado com aquele cheiro de pele, gordura e carne sendo queimada. Aquela região do corpo ganhava outra topologia política: masculinidade carboniza-se em cheiros, três cores e conversas políticas. Aquele corpo estava anestesiado, mas falava, invocava conversas no encontro entre cirurgiões e psicólogos.

Finalmente retiraram uma mama, que foi pesada para registro e depois descartada. Francisco pôs-se a trabalhar no enxerto do mamilo, recortado da mama e deixado de molho em soro fisiológico na mesinha com rodinhas e todo o material. Ele sentou em um banco e com um bisturi raspou daquele mamilo qualquer vestígio de tecido glandular mamário para prepará-lo para ser recolocado no corpo do rapaz. Saía de um corpo, raspava-se dele todo e qualquer vestígio de glândulas e o mamilo ganhava outra topologia política. É muito delicado o trabalho de costurar o enxerto, pois ele precisa ser nutrido pelo sangue novamente. O pós-cirúrgico é responsável por observar e manter isso, mas é preciso muita parcimônia ao costurar.

Nesse ínterim em que Francisco raspava excertos do mamilo, o residente cuidava da outra mama e o anestesista ficava de olho nos sinais fisiológicos; abriu-se uma discussão a respeito de Tiffany, mulher trans que foi uma das principais atacantes da Superliga 2017. Não foi convocada pela seleção brasileira da Liga das Nações e Mundial deste ano, devido à medida da Federação Internacional de Vôlei (FIVB), que enviou cartas às federações nacionais para que analisassem a situação de atletas transgêneros.

Ela deveria ou não jogar vôlei na equipe feminina? Houve ponderações da hormonização basal de uma mulher e de um homem biológico. Sobre as taxas de testosterona e seus efeitos nos músculos de Tiffany: mesmo com bloqueadores de testosterona, houve modificações daquela corporalidade na adolescência. “Isso deveria ser considerado doping”, o anestesista protestou. Alguém comentou sobre um amigo que usou anabolizante quando jogava na equipe de sua faculdade e sabia que aquela prática era comum entre homens e mulheres no esporte. O anestesista

sacou seu celular, procurou uma foto da jogadora de costas com seus braços estendidos. Quando achou, mostrou aos presentes e perguntou se aquilo eram “braços de mulher”.

A psicóloga apostou no argumento da singularidade de cada corpo, comparando a minha altura, homem cis, com a dela, mulher cis. E também pelo fato da exclusão de atletas transgêneros dos esportes.

O objeto de intervenção daquela cirurgia eram os peitos que precisavam ser retirados para aplanar a região do tórax, em uma ficção de masculinidade; masculinidade trans. Enquanto Francisco e o outro cirurgião cortavam gorduras e glândulas e raspavam excertos, por entre máscaras cirúrgicas conversavam sobre debates políticos de limites das corporalidades trans, essências biológicas do gênero, fisiologias hormonais. Aquele corpo falava anestesiado, linhas políticas passavam naquele encontro entre cirurgiões, bisturis, anestesistas, psicólogos na produção daquela ficção de corpo.

Annemarie Mol (2006), em sua praxiografia da ontologia múltipla da arteriosclerose, acompanhou a realidade dessa doença em uma intervenção cirúrgica. A arteriosclerose era performada no encontro das práticas de cirurgiões em artérias comprometidas. Nessa cirurgia, ela, não acostumada com o procedimento e sua precisão bruta, seus cheiros, o sangue, ficou perdida frente ao comentário de um cirurgião sobre o bom humor da paciente que estava sendo operada. Pensou que a fala do profissional se referia a uma enfermeira presente na operação, porém percebeu que era sobre a pessoa que estava, no momento, anestesiada.

Ela faz a pergunta: qual é a substância da arteriosclerose, a entidade que a doença aflige? É uma questão *a doença é*, ou há um *sujeito que a porta e é afligido*? Ela analisa então a percepção de escalas: da artéria comprometida menor que afeta o paciente como um todo. Um sujeito que circularia a doença localizada em uma parte de seu corpo. Cita então os médicos cirurgiões “que não atendem artérias, mas cuidam de pacientes”.

Falsos problemas. Chega à conclusão de que essa artéria é um objeto, que acompanha ao lado do objeto paciente. Dois objetos em negociação. A artéria comprometida e a fala da paciente que sofre de dores nas pernas são realidades por si mesmas, objetos separados e performados nas práticas sem a relação de escala. Ela chama esse movimento do profissional de mudanças de repertório (*switching repertoire*): modulações de realidades na arterioesclerose nas palavras e nas práticas. Focos diferentes: a paciente que fala e que é engraçada; junto ao bloqueio das artérias que estavam sendo reparadas pela precisão das tecnologias e técnicas de cirurgiões e enfermeiras.

Voltando então às discussões levantadas pelos médicos, cirurgiões e anestesistas: quais objetos eram performados na aplanção do peitoral? Aquela cirurgia estava no meio de seu caminho: já tinham retirado a segunda mama e estavam preparando o primeiro enxerto. As polêmicas sobre Tiffany, mulher trans, jogadora de vôlei pelo time feminino, apareceram. Há vários encontros nessa cena que tensionam múltiplas realidades de um mesmo corpo: “o corpo trans”. O limite entre natural – níveis basais de testosterona de Tiffany e sua vantagem sobre suas colegas de equipe –, social – o direito dessa pessoa de participar daquela equipe –, tecnológico – a cirurgia, os aparelhos e as técnicas de caminhão. Realidades que tensionam os profissionais que a operavam em um objetivo claro e concreto de remover mamas.

Objetos políticos ocupam a sala de operação: aquele corpo trans é produzido em choques de realidades múltiplas. Ele está no meio, em processo no limite entre corpo e máquina. Os movimentos precisos dos médicos, a metodologia clara e a técnica que vai ganhando maior precisão com a prática guiam intensidades, abrem fluxos, fecham portas, possibilitam novas vidas. Ninguém sai ileso dessas passagens, independentemente do que pensa “sobre as práticas”.

A abertura daquela discussão; minha tontura e meu constrangimento frente àquele corpo em modificação; a reivindicação da psicóloga pelos direitos das pessoas trans. São encontros de afetos que passam e desestabilizam os profissionais. As práticas performam corpo, mas ele, mesmo anestesiado, também as interpela.

8.2 Cirurgia de João: ablação de tecido de neovagina de intestino

Descrever essa prática cirúrgica desenrolou caminhos singulares, que me guiaram ao corpo anestesiado da cirurgia, palestrante de mesas, intersexo com células de sensibilidade parcial ao hormônio testosterona¹⁷, *drag queen*, homem trans, João, 31 anos. Acompanhei a cirurgia, depois entrevistei dois profissionais que acompanhavam João no ambulatório, para, por último, realizar uma entrevista aberta com o próprio rapaz. A história escrita de João nesta pesquisa não é linear, como uma somatória de narrativas, que construiriam uma história inteira. Mas um corpo em diferentes ontologias performadas nas práticas. Pistas dadas pelos profissionais que eram afetadas por aquela pessoa.

João transborda de uma individualidade, embaralha linearidades e afeta práticas. Um corpo descrito anestesiado apareceu com histórias nas falas de profissionais, que se afetaram e se moveram segundo o encontro com as demandas de João. Ora, mesmo na prática cirúrgica, o corpo anestesiado fazia realidade. Anestesiado, ele estava falando, emitindo nomes e discursos, fazendo cirurgiões reconhecê-lo e sendo nomeado. O corpo, mesmo antes de nascer, é visto nas imagens de ressonâncias da barriga em gestação. A representação de uma genitália junto à expressão “é uma menina”, “é um menino” já estipula um nome e uma inteligibilidade social àquele corpo em ecos ressonantes (BUTLER, 2014; PRECIADO, 2014).

Mol (2002), quando analisa a dicotomia objeto conhecido e sujeito que conhece, entra no meio do processo de conhecer e entende tecnologias e objetos que, mesmo que não falem, produzem realidades, como a tecnologia do microscópio que performa a realidade da doença nos tecidos celulares e a pessoa operada que produz o cirurgião e dá inteligibilidade aos procedimentos de cortes e enxerto. João é lido e ele faz ser por um sistema anatômico-político de tecnologias de visualização e dissecação: “um conjunto de técnicas visuais, discursivas e cirúrgicas bem

¹⁷ Síndrome da Insensibilidade ao Andrógino. Condição herdada geneticamente por João, uma das condições mais comuns de pessoas intersexo (FAUSTO-STERLING, 2000). Os receptores das células de andrógino são modificados, o que os deixa total ou parcialmente insensíveis aos efeitos do hormônio testosterona. São pessoas com cariótipo 46 XY, que nascem com a genitália feminina.

precisas que se escondem atrás do nome ‘atribuição de sexo’” (PRECIADO, 2014, p.128).

Mas João instaura uma crise nas primeiras interpelações para um corpo. Nasce com uma genitália atípica, coloca em crise uma natureza de fácil inteligibilidade. A atribuição do sexo pediu uma segunda interpelação. A intersexualidade é um analisador da dicotomia corpo e máquina pelo uso de tecnologias que acoplam. Os saberes médicos tentam dar coerência a um corpo que nasce com genital atípico, para alinhá-lo a um sexo e gênero, orientados em um regime heterossexual. Um corpo construído por cirurgias e hormonizações compulsórias para o alívio de ambivalências na família e nas relações sociais, salvando crianças do perigo de um sexo não definido (GAUDENZI, 2018; MACHADO, 2005; PINO, 2007).

Mas a identidade trans aparece como outra intersecção. Corpo transviado em conflito com as normas de gênero (BENTO, 2006) articulado ao corpo intersexo. Há multiplicidades articuladas em negociações lisas e/ou em fricções a um corpo singular. Ontologias de um corpo pela prática cirúrgica, nas falas das reuniões de equipe; pelas práticas dos profissionais do ambulatório e as práticas de vida de João. Porém, parece que algo naquele corpo escapa, encontros com práticas que produzem realidades não previstas. Desestabiliza profissionais, interpela-os também. Abre-se um lugar sem nome e não negociado.

A etnografia de Mol (2002) é sobre a doença arterioesclerose. Mesmo que produza outras realidades no contato com práticas diferentes dentro do mesmo hospital, aquele corpo se une em um nome, Arterioesclerose, uma doença, que precisa ser prevenida, tratada, curada. Ora, é difícil achar mesmo um nome que dê conta dessa singularidade. Transexualidade? Intersexualidade? Disforia de gênero? João? Parece que as práticas sempre estão no meio, João está no meio.

Descreverei minha trajetória. Não só pelo benefício de estilo da escrita, mas para tentar trazer o efeito de um corpo múltiplo que vai aparecendo em um caminho não previsto. Começarei pela cirurgia: foi a segunda que envolveria um paciente do

ambulatório e pareceu interessante a descrição dessa prática para compor com as outras analisadas na pesquisa.

Acompanhei essa operação junto com Joselina, interlocutora da pesquisa e na época ginecologista e endocrinologista do ambulatório. Ela já trabalhou como residente das cirurgias da ginecologia do hospital universitário e conhecia professoras e outras trabalhadoras que atuavam lá. Já era a segunda cirurgia de um homem trans a que ela iria pelo ambulatório. Ficou responsável por orientar a equipe do pré e do pós-cirúrgico do hospital para estabelecerem um leito de recuperação na ala masculina e chamarem João pelo seu nome social.

Era uma tentativa de coordenar práticas entre as duas localidades: do ambulatório, que tentava ter uma visão despatologizadora, que legitimava a identidade da pessoa cuidada, sem classificá-la em termos de doença ou disforia, para o hospital. O nome social e o leito específico são importantes para a legitimidade de sua existência. A supervisão de Joselina pareceu importante para essa coordenação. Contou que dias antes da cirurgia uma profissional residente perguntara a ela, via celular, com qual roupa o paciente iria: vestimentas ditas femininas ou masculinas? Qual era o motivo daquela pergunta? Não era padrão essa questão, o problema veio quando souberam que o paciente era trans. Ela avisou a supervisora da cirurgia e pediu-lhe que atentasse para as(os) residentes.

Seria uma cirurgia realizada em um homem trans, João. Um paciente intersexo com o cariótipo 46 XY, que foi encaminhado pelo seu endocrinologista do ambulatório, Lúcio, também professor doutor da universidade. João nasceu com genitália atípica, o que acarretou em sua infância e adolescência vários procedimentos cirúrgicos para a retirada de gônadas e construção de um canal vaginal com tecido intestinal. Além da hormonização compulsória, para João se adequar a um corpo de mulher. Todos esses procedimentos referendados por familiares e médicos. Com diversas reclamações contra o forte cheiro de sua vagina, devido às secreções que a mucosa intestinal libera, sua demanda era fechar aquele canal.

Chegamos no hospital e subimos para o andar das cirurgias. Foram entregues duas mudas de roupas verdes, esterilizadas; uma touquinha para prender os cabelos, duas sapatilhas que envolviam os sapatos e mais uma máscara para a boca. Nos separamos, cada um em direção a um vestiário. Masculino, feminino, respectivamente. Vesti as peças com grande cautela, não sabia da seriedade necessária nas vestimentas cirúrgicas. Joselina me avisou que era necessário despir-me por inteiro, mas não foi detalhado. Resolvi não tirar a cueca nem minhas meias.

Vestidos, subimos mais um lance de escadas apertadas. Chegamos a um espaço onde eram realizadas as cirurgias. Todos vestidos com roupas verdes. Passamos por um corredor, várias salas com portas abertas ou encostadas, cirurgias acontecendo naqueles ambientes. Escancaravam uma cotidianidade. A cirurgia que iríamos acompanhar estava sendo feita em uma das últimas salas de um corredor que dava para uma janela ampla, com extensão do chão ao teto.

Entramos. Havia 10 pessoas na sala, além do paciente, anestesiado na mesa cirúrgica, coberto por mantas cirúrgicas, com as pernas estendidas, abertas e suspensas por apoios, parecidos com os de uma maca ginecológica. Três profissionais estavam mais próximas, operando um equipamento inserido dentro da vagina do paciente. Não havia sangue, a entrada da vagina estava costurada, deixando um orifício com a espessura do instrumento, chamado de esteroscópico com Roller Ball. É possível descrevê-lo como um bastão cilíndrico, metálico, que em sua extremidade se alonga em forma de esfera. O movimento interno no canal vaginal do paciente era reproduzido em uma tela de uma TV, para onde os profissionais olhavam para se orientar. Vez ou outra, o canal era iluminado por uma luz acompanhada de um estalo elétrico, que pareciam ser emitidos pelo instrumento. Ouvi comentários da professora para Joseline: “Viu? Só tecido de estômago”.

No canto, estendidas em um painel iluminado, fotos de ressonâncias em cortes sagitais de toda a parte abdominal de João. Elas revelavam seu canal vaginal construído, que se alongava por 20 centímetros. Foi de última hora a decisão de cauterizar o tecido. A ideia era fechar o canal pelo processo de cicatrização do

corpo. Aquelas luzes e barulhos eram do instrumento queimando as paredes do canal.

Cristiana, professora doutora cirurgiã, foi responsável pelo procedimento e acompanhou João nos exames pré-cirúrgicos. Lúcio, endocrinologista do ambulatório, encaminhou João ao da ginecologia, que Cristiana coordena. Ele veio com a demanda de fechar a neovagina feita de tecido intestinal. Segundo Cristiana, o procedimento de construir um canal vaginal com essa técnica não é feito no hospital em que trabalha. Recomenda-se que qualquer procedimento cirúrgico a pacientes intersexo só deve ser realizado no final da adolescência para a vida adulta¹⁸. Porém, Cristiana é ciente de que outras instituições ainda o realizam em pacientes intersexo ainda jovens.

O nome dessa cirurgia que ainda é realizada é laporotomia. Um procedimento de grande porte que faz uma abertura no abdome. Ela pode ter resultados estéticos problemáticos, pois o canal vaginal fica com outro aspecto: não de mucosa vaginal, mas intestinal. Sua única vantagem é que não precisa de nenhum cuidado pós-cirúrgico, pois o corpo mantém o tecido durante os anos.

Antes das cirurgias há uma reunião com chefes de departamentos, professores titulares, todos que tenham experiências de pesquisa e prática em cirurgias da universidade. Concordaram que iriam retirar toda a mucosa intestinal, para só depois avaliarem se era possível fechar o canal. Todos os presentes concordaram, só ficou a sugestão de fazer uma ressonância magnética para melhor calcular o comprimento do canal. Esse exame chama-se enteroscopia. Os resultados, que vi iluminados, fizeram Cristiana e as professoras se espantarem. Os canais construídos geralmente têm a extensão de 8 centímetros. Aquele tinha 15. Decidiram junto com João, na véspera da cirurgia, fazer o procedimento de cauterização do canal vaginal construído.

Cristiana avalia o caso de João como inédito. Não havia literatura que documentava um caso semelhante. Isso se deu devido à trajetória de vida singular

¹⁸ Ela lembra na entrevista que não há nenhuma resolução ou lei que proíba a cirurgia e hormonização para neonatos ou crianças intersexo. Há somente recomendações do conselho de classe da medicina e isso também é descrito pela Associação Americana de Psicologia (APA).

de João pelo desejo de fechar o canal vaginal e, também, pela extensão ímpar do canal de 15 centímetros. Ela já atendia pacientes com a demanda de refazer canais fechados de mulheres mais velhas, que não sabiam serem intersexo. Também há pacientes homens trans com a demanda de fechar o canal vaginal. Esse era singular, porque cruzava duas realidades, intersecção da transexualidade e intersexualidade. Fechar um canal vaginal construído com mucosa intestinal.

Outras alunas de graduação, residentes, ficavam mais distantes observando o procedimento, mexendo no celular. Professoras que estavam chefiando o procedimento estavam tirando fotos da inserção, comentando detalhes da cirurgia com colegas. Alguém entrou e convidou para um café após o procedimento. Joselina apontava os nomes das pessoas, fazia eu me aproximar para ver mais de perto a operação do instrumento. Alertava-me de que, caso passasse mal, era só avisá-la. Fui-me distanciando. Nas beiradas daquela sala populosa eu me apoiava nas paredes. Começou um incômodo no estômago, que pareceu subir aos olhos, e a visão começou a escurecer. Não consegui sustentar. Avisei Joselina de que iria esperar no corredor.

Saí da sala quase correndo, estava com medo de vomitar. A sala de operação era uma das últimas daquele corredor, que terminava em uma janela enorme. Era manhã, o céu estava limpo. A luz que entrava pela janela se refletia nas paredes brancas e no piso amarelado, o espaço ofuscava. Recuperei o equilíbrio, a visão e o fôlego. Olhei pela janela. Estava tentando traçar uma linearidade entre acompanhar pessoas em um ambulatório, em seus processos de afirmação de gênero, até ali, naquelas salas cirúrgicas especializadas. A etnografia impôs uma tentativa de reflexão.

8.2.1 Apalpando encontros: as práticas da endocrinologia e da psiquiatria a João

Entrei em contato com Lúcio, endocrinologista, e Sofia, psiquiatra. Ambos acompanham João no ambulatório. Mapeei a multiplicidade de João através dos profissionais, para depois me aproximar dele, como um cego apalpando pelos ouvidos esse elefante múltiplo. Essa aproximação se deu por dois motivos. O

primeiro, mais prático, por trabalhar como profissional de saúde no ambulatório e estar mais próximo dos meus colegas profissionais; e o segundo, mais incontrolável, já que essa pessoa apareceu aos meus ouvidos pelos discursos dos profissionais que a atendem.

Fui ao encontro com Lúcio. Ele acabara de voltar de um compromisso não planejado. Pediu desculpas. Olhos pesados, ombros curvados. Contou que João está em um momento muito delicado, com sua cirurgia de mamoplastia masculinizadora desmarcada devido ao seu Índice de Massa Corpórea (IMC) muito acima do aceito pelo cirurgião Francisco. Além desse infortúnio, uma pessoa próxima dele da militância se suicidou. Lúcio estava conversando com João pelo WhatsApp. Recomendou a ele que dormisse na casa de um parente. Caso não houvesse ninguém para lhe fazer companhia no fim de semana, Lúcio combinou de acompanhá-lo ao cinema.

A história de João atravessou a prática de Lúcio e o começo do ambulatório de atenção integral à pessoa trans da Unifesp. Lúcio, 49 anos, é médico endocrinologista e professor da Universidade Federal de São Paulo. Coordena um ambulatório-escola de endocrinologia e o ambulatório de atenção integral a pessoas trans, travestis e não binários. Possui mestrado e doutorado em endocrinologia. Pós-doutorado em genética. Enfatiza que teve uma formação “típica médica” (sic). Seguiu um caminho linear: residência, pós-graduação e seguiu uma área específica da endocrinologia. Ele pesquisava e trabalhava com doenças tireoidianas e gonadais. Sua trajetória acadêmica não teve relação com saúde à população trans.

Seu primeiro contato com pessoas trans e travestis se deu no ambulatório de desenvolvimento gonadal da universidade, onde trabalhava e dava aula nos anos de 2011 e 2012. Lá ele atendia pessoas com doenças ovarianas e testiculares. As pessoas trans e travestis eram encaminhadas na rede de saúde da universidade para aquele serviço.

Ele aponta esses encaminhados como analisadores da rede do hospital universitário na época: as demandas das pessoas trans configuravam-se na rede como objetos da atenção endocrinológica. Apontavam-se como alguma deficiência

de hormônios dessas pessoas. O coordenador do ambulatório na época entendia que essas pessoas não podiam ser “tratadas” no serviço de endocrinologia e elas eram encaminhadas ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ou para o Centro de Referência e Testagem que tem um ambulatório específico para pessoas trans e travestis.

Não são novidade esses encaminhamentos, visto a ontologia da categoria transexual como objeto da biomedicina. Ela é inventada no século XX em meio a descobertas das funções das gônadas e hormônios, os avanços tecnológicos de hormônios sintéticos em sincronia com os estudos da sexualidade por Harry Benjamin (BENTO, 2006; HARAWAY, 2016; PRECIADO, 2018).

O número de pessoas encaminhadas ao ambulatório foi crescendo. Lúcio conta de uma paciente, por cuja dor, segundo as palavras dele, houve muita empatia. Ela era de Minas Gerais e procurava um atendimento integral em São Paulo. Para isso, ficou hospedada na casa da irmã. Não conseguiu entrar em nenhum ambulatório de atenção integral à população trans em São Paulo e foi encaminhada para o ambulatório onde Lúcio trabalhava, por meio da irmã, que era paciente do hospital universitário.

Ele diria para essa pessoa que sentia muito. Não sabia como atendê-la e já ia encaminhá-la aos serviços recomendados pelo coordenador. Porém, procurou estudar mais cuidadosamente as práticas da endocrinologia dirigidas às pessoas trans e pediu que ela voltasse depois de dois meses. No dia do retorno, ela faltou. Lúcio conseguiu o número do telefone de sua irmã. Choque: ela tinha cometido suicídio. Ele decidiu avisar aos residentes do ambulatório que eles estudariam e conduziram os casos das próximas pessoas trans que aparecessem no ambulatório.

Lúcio começou a estudar na literatura práticas de cuidado para as pessoas trans, não somente em sua prática endocrinológica, pois achou que do contrário ia ficar distante dessa população. Cita Tatiana Lionço, Berenice Bento, Flavia Teixeira. Há uma locomoção da prática de Lúcio, pois das pessoas trans os livros de endocrinologia, que tratam de maneira razoável os diabéticos, hipertensos e obesos, não davam conta.

Reforçando a mesma, eu diria, imaterialidade no conceito de gênero. Da identidade. E não tava ali em uma célula, numa gene, numa... A discussão não passava por isso. Então, ver que esse conceito atravessava várias culturas e várias falas, né, várias demandas, né. E sobretudo com trans, ou em busca, né, pela despatologização das identidades trans, pra mim foi um divisor de águas. (Entrevista endocrinologista Lúcio)

A identidade de uma doença que determina uma conduta precisa, uma prescrição medicamentosa correta, perde-se em meio à complexidade de uma categoria múltipla em processualidades com a cultura e demandas singulares. A despatologização, para ele, que vem nessa literatura e no encontro com essa paciente, locomove sua prática. Usando de suas citações, Lionço (2009) aposta no cuidado integral a essa população, entendendo a importância da portaria do processo transexualizador que abarca a integralidade do cuidado a essas pessoas. A integralidade abarca a singularidade das pessoas e as intersecções que produzem saúde e doença, para além do processo transexualizador, com hormonização e processos cirúrgicos.

Nessa produção de ideias para pensar a prática, Lúcio foi a um evento acadêmico político em 2016 sobre sexualidades e gêneros dissidentes. Aprender com as palestras e fazer rede com profissionais e movimentos sociais. Assistiu a uma mesa com pessoas intersexo, da qual João participava como palestrante. Foi muito importante para Lúcio ouvir e refletir sobre as falas, principalmente a de João, que descreveu sua trajetória de vida muito singular e pareceu afetá-lo na sua prática. Ele já conhecia muitas vidas de pessoas intersexo em seu ambulatório de endocrinologia, mas sem intersecções com a transexualidade. Logo depois da fala, ele foi conhecê-lo e o convidou para uma conversa. Queria entender melhor essa articulação de duas identidades e também convidá-lo para facilitar uma aula para alunos e alunas de medicina pela disciplina de endocrinologia.

João aparecia nas descrições de Lúcio durante reuniões de equipe. Nesses relatos, era ilustrado seu histórico de violências familiares, referendado por profissionais da medicina. Ele tomou hormônios sem ciência das suas funções. Sofreu procedimentos cirúrgicos na adolescência: somam-se mais de 4 cirurgias que removeram gônadas e a construção de um canal vaginal fabricado por tecidos intestinais. Em seus encontros com Lúcio, João mencionava o mau cheiro da

secreção de sua vagina fabricada. Relatou que, por se tratar de tecido intestinal, há células que secretam substâncias comuns ao digerir do intestino.

Entrou como paciente do ambulatório através de um encaminhamento pelo Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad), ligado ao Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, em uma situação crítica de uso prejudicial de álcool e tentativa de suicídio. O encaminhamento foi facilitado por Sofia, que conhecia o residente que o recebeu nesse serviço. Portanto, fora uma coincidência ele começar a ser atendido no ambulatório. Logo Sofia e Lúcio se encarregaram de cuidar dele por meio das clínicas de endocrinologia e psiquiatria.

Lúcio e João sabiam da Síndrome da Insensibilidade ao Andrógino. Ela pode ser total ou parcial. Houve evidências clínicas – a genitália atípica quando ele nasceu – que os fizeram apostar que hormônios andróginos estão funcionando parcialmente nas células. Se a insensibilidade fosse total, seria um órgão totalmente feminino. Por meio de um exame genético, foi identificada uma mutação do gene receptor de androgênio. Ou seja, João tem um cariótipo 46 XY¹⁹, porém os receptores de testosterona em suas células não percebem a quantidade de testosterona que era secretada pelas gônadas, que já foram retiradas de seu corpo.

Somando as evidências clínicas, confirmadas com o exame genético, foi acordada com João uma experimentação de hormonização suprafisiológica para continuar as modificações masculinizantes em seu corpo. Era preciso, portanto, aplicar mais hormônios do que as taxas consideradas basais em um corpo de homem trans. Essa é a segunda locomoção retratada por Lúcio. A primeira foi a literatura e seu caso-limite. Agora, o movimento de cuidar de uma pessoa intersexo em intersecção com a transexualidade. Lúcio fala de sua prática endocrinológica no ambulatório e o atendimento de pessoas não binárias:

Como a gente tem uma população de gênero não binário, coisas que em muitos ambulatórios nem isso é considerado. Então há necessidade de testosterona, de estrógeno desigual. É diferente. [...] Ou a população de homens trans e mulheres trans que não tem interesse necessariamente de fazer todas as modificações corporais

¹⁹ Cariótipo genético responsável pelo desenvolvimento de características do sexo.

para uma feminilização típica, completa, ou, como alguns chamam, de passabilidade completa. (Entrevista endocrinologista Lúcio)

Pessoas não binárias são corpos que não se encaixam na dicotomia de gênero masculino/feminino. Esses corpos estão no meio. Negociam miligramas de hormônios: crescimento de cabelos, diminuições ou aumentos de barbas, bigodes bem vistosos, amaciamento nas pernas, mas que ainda consigam ereção pelo pênis e tenham prazer na penetração. Cirurgias podem ser acompanhadas a essas hormonizações ou não.

Lúcio nas reuniões de equipe chama essa forma de cuidado de *hormonização pajubá*. Pajubá é um dialeto usado pela comunidade travesti, que junta palavras da língua portuguesa a palavras provenientes de línguas africanas. É usado como código entre elas para comunicação de alerta para em relação à polícia, por exemplo, já que eram e ainda são muito perseguidas por policiais, além de outros perigos na pista (BENEDETTI, 2005; PELÚCIO, 2009).

Lúcio aproxima a prática a uma linha de fuga, um dialeto dentro da própria profissão. Ele se aproxima das singularidades de corpos que não se encaixam em um regime binário e heterossexual. Um dos grandes exemplos é a negociação que ele tem com meninas trans e travestis que gostam ou precisam de ereção de seus pênis para funcionar:

Requer um jogo de cintura, uma arte na prática médica pra situações não comuns, não habituais. Não está registrado ainda em livro, não é matéria do nosso curso de graduação discutir saúde LGBT, muito menos T. Então, não existe nenhum livro que diz que a travesti pode receber tal medicação, tal hormonização. Então, isso é uma coisa que seguramente é nova na instituição.

Perlutan²⁰ é um hormônio muito usado por mulheres trans e travestis que precisam dos efeitos de feminilização, mas não querem perder a ereção e a libido. Essa hormonização é uma prática usada por elas por conta própria e é invisível para as redes de saúde, que sempre orientam ao diagnóstico de disforia de gênero. As

²⁰ Anticoncepcional injetável de uso mensal. Cada ampola de 1 ml contém 150 mg de algestona acetofenida (DHPA), correspondentes a 115,8 mg de algestona, e 10 mg de enandato de estradiol, correspondentes a 7,1 mg de estradiol. Ele provê um estrógeno natural, diferente de outros contraceptivos orais. Diferente de outros contraceptivos, este não diminui a libido e a ereção do pênis. Fonte: bula.

travestilidades e transexualidades que não têm uma repulsa ao pênis não se encaixam no diagnóstico e, portanto, não são hormonizadas.

João também não faz uma hormonização característica de homens cis nem de homens trans. Ele e Lúcio combinaram de fazer uma hormonização suprafisiológica de Nebido²¹. Tentaram e João percebeu efeitos. Porém, paralelamente engordou. Seu tecido adiposo aumentou, o que acarretou a aromatização dos hormônios de testosterona aplicados em estradiol²². Ficou com dor nos peitos, João os percebeu inchados e avisou Lúcio. O controle da massa adiposa de homens trans é mais uma linha ontológica que passa pelo corpo de uma ficção masculina. Na singularidade de João a hormonização precisa também ser singular. E Lúcio acompanha os movimentos daquele corpo com sua prática.

8.2.2 Apalpando pelo ouvido: Sofia, psiquiatra

Entre essas duas conversas com Lúcio, o pesquisador foi conhecer João pela prática de Sofia, psiquiatra do ambulatório. Ela o acompanha desde sua entrada na Unifesp pelo pronto-socorro, por tentativa de suicídio. Depois ele foi encaminhado ao Proad, que tinha um ambulatório específico de pessoas trans e travestis com dependência química. O pesquisador entrevistou Sofia, porém era dia da reunião científica mensal. Estava com pressa.

João entrou no ambulatório trans pela articulação de Sofia com um colega residente que comentou caso dele com ela. Ele chegou pelo pronto-socorro do hospital universitário, por um episódio de tentativa de suicídio e abuso de álcool. De lá foi encaminhado ao ambulatório no Proad. Antigamente, esse serviço era o único dentro do hospital universitário que possuía atendimentos voltados a pessoas trans e travestis, porém isso se dava pelo viés do abuso de substâncias.

²¹ Nebido ou undecilato de testosterona. Uma ampola de vidro com 4 ml de solução injetável estéril. Indicado na reposição de testosterona em homens que apresentam hipogonadismo primário e secundário.

²² Esse evento metabólico do corpo é realizado pela enzima aromatase, que fica no tecido adiposo do corpo. Seu aumento acarreta maior modificação das moléculas de testosterona em andrógino, produzindo efeitos desses hormônios resultantes pelo corpo, como o inchaço das mamas.

Sofia começou atender João no ambulatório no início de 2017. Ele chegou deprimido no primeiro encontro com Sofia. Ela diagnosticou-o com depressão moderada-grave, avaliando-o pela tentativa de suicídio anterior. Foi prescrito para sua depressão o medicamento Sertralina²³, que logo foi abandonado por João. Ela trocou de estratégia prescrevendo Fluoxetina²⁴, que obteve boa resposta, mas ele também o abandonou depois de um tempo de uso.

Sofia contou que esse movimento é comum: a pessoa que está no tratamento medicamentoso avalia que melhorou, seus sintomas amenizam, e por isso ela abandona o remédio. Tem-se o cálculo de que o tempo mínimo necessário para o tratamento ter sucesso, e se poder pensar em uma retirada de medicamento, é de quatro a seis meses. O abandono se dá pela queda da libido do paciente, que a interpreta como motivada pelo remédio.

Sofia na entrevista demonstrou os efeitos dos medicamentos, simulando uma balança com suas mãos, em um sobe-e-desce de mãos espalmadas que representava a medicação e diversas emoções, volições, libido e pulsão. A libido do paciente fica em uma extremidade dessa balança, e ela está muito baixa, a outra representa a libido basal, que está lá em cima; a balança parece descompensada. O efeito do remédio aumenta essa libido, mas não o suficiente para voltar em sua basalidade.

Depois da melhora na depressão de João, foram aparecendo outras demandas, como a de hormonização com o endocrinologista Lúcio e sua maior atividade em sua vida de militância. Sofia avaliou que ele teria uma recaída, porém, mesmo prevendo-a, deixou que ficasse sem a medicação, vendo-o semanalmente, além de ele estar sendo acompanhado por outros profissionais no ambulatório. “Estavam de olho” nele.

²³ Medicamento antidepressivo da classe dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina. Gratuito pelo SUS. A serotonina é um neurotransmissor, encontrado no cérebro e no trato gastrointestinal, que regula o humor, sono, apetite, ritmo cardíaco, temperatura corporal, e inibe a ira, agressão, humor, sono, vômito e apetite, diretamente relacionada à inibição dos sintomas da depressão (HALL & GUYTON, 2013).

²⁴ Medicamento antidepressivo da classe dos inibidores de recaptção de serotonina. Na lista dos medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde.

Antes da cirurgia João estava ansioso. Após o procedimento, ele não aparentou alegria, não ficou reativo ao acontecimento. Sofia ficou preocupada. Depois de uma falta, fez uma busca ativa, ligando para ele, e marcou outra consulta. Como previsto, ele voltou pior: com um episódio de impulsividade em relação a compras e alimentação. Isso somado ao suicídio de uma amiga próxima dele na militância, que João já havia comentado. O pesquisador quis acompanhar um atendimento, mas o avisaram de que isso não era aconselhável, devido aos últimos acontecimentos.

8.2.3 Elefantes João

Já o conhecia de apalpares cegos. Olhei para cima, para os meus olhos se encontrarem com os seus. Usava óculos sem hastes. Cabeça com aparência de recém-raspada. Homem alto, jaqueta preta aberta, camisa por baixo branca, calça jeans preta. Estava fumando fora do ambulatório, quando o convidei para uma entrevista. Conteí esse caminho imprevisível da pesquisa, que veio na escuta das histórias, e como percebi seus rastros de afetação pelos profissionais: na sala de reunião, na equipe cirúrgica, em mim. Ele topou a entrevista.

João, 31 anos. Nasceu na região Sul do país. Mudou para São Paulo para transicionar. Sua família sempre escondeu que ele era intersexo. Na adolescência ele saiu do armário (sic) como uma mulher lésbica. Foi muito traumático para ele contar aos seus familiares, e não queria passar por isso de novo quando se entendeu como João, um homem trans. Os seus amigos já o tratavam como João, mas ele queria sê-lo em todas as partes de sua vida. Queria sair de sua cidade. Para isso, precisou ingressar em qualquer graduação fora de sua cidade natal e com uma bolsa de estudos. Decidiu prestar o Exame Nacional do Ensino Médio (Enem). Passou em duas faculdades, a primeira, localizada no estado em que estava, depois saiu o resultado do ProUni para uma universidade em São Paulo. Escolheu essa. Era 2015. Comprou uma passagem com os trocados que achou e juntou. Não conhecia ninguém e não sabia onde iria morar. Foi nesse mudar que a sua identidade como João colocou-se integralmente em sua vida.

Matriculou-se na faculdade, mas abandonou o curso logo no primeiro semestre. Era um pretexto, uma desculpa para estar em São Paulo e começar a acessar algum serviço de saúde que o auxiliasse na transição. Foi ao CRT e participou de um grupo de acolhimento, mas foi informado de que o serviço estava cheio e a fila não estava mais aberta no momento. Ficou decepcionado. Além desse imprevisto, ele tinha pesquisado sobre sua “síndrome” (sic) e não poderia hormonizar, então nem tentou por conta própria. Enfim, tocou a sua vida. Só soube da sensibilidade parcial de suas células à testosterona no encontro que teve com Lúcio no ambulatório.

Contou da palestra que Lúcio mencionou. O nome era “LGBTQIA mínimo denominador comum”. Ele foi representando a letra I. Parece que é convidado para muitas mesas. João aparentou ter uma familiaridade nessa posição de fala, diz que, dependendo do público, por exemplo, quando não é de médicos ou estudantes de medicina, se preocupa em fazer uma introdução sobre o que é a intersexualidade, para depois dessa exposição trazer debates para o público leigo. Nesse dia, ele trouxe sua experiência e tentou apontar como a intersexualidade pode se mesclar com a transexualidade, em uma interface possível. Lúcio foi ao seu encontro depois de sua fala. Trocaram e-mails.

Lembrou-se de uma fala antes dessa. Uma palestra de que participou em 2015, na semana da diversidade. Ele foi convidado por um psiquiatra professor, amigo dele e que, coincidentemente, é voluntário do ambulatório atualmente. Na época, esse profissional dava aula em uma universidade particular. João frequentava a casa de uma mãe *drag*, que o ensinava a se montar. Esse profissional também se montava e era pupila/filha dessa mãe. Então, o professor informou que estava organizando uma palestra na semana da diversidade na faculdade, e convidou João e uma amiga psicóloga para comporem uma mesa sobre experiências da comunidade LGBTT. João iria ocupar o espaço para falar de sua experiência como uma pessoa trans masculina. Ele escolheu ocupar o espaço de pessoa intersexo:

Pô, já tem pessoas trans aqui falando como pessoas trans e eu tenho um espaço para falar e pessoas da comunidade médica para me ouvir, eu vou ocupar esse lugar para falar como pessoa

intersexo, ao invés de falar como pessoa trans. E aí foi a primeira vez que falei como pessoa intersexo. Depois disso começaram a me chamar para isso [...]. Porque eu realmente me vi numa situação que, tipo, se eu não fizer nada agora, vai ser só mais uma mesa com pessoas trans falando. Tem uma por semana em São Paulo. Mas eu nunca vi um intersex falando. Foi exatamente isso, dividir e conquistar. (Entrevista João)

Há uma logística política em se colocar como pessoa intersexo nessa palestra: ele avaliou o público, a mesa e seus representantes, a invisibilidade de uma população na qual ele se encaixa e não sabia que se enquadrava até sua adolescência. Tática de guerra: batiza-se em movimento, divide e conquista espaço. Usa do nó singular de sua vida e da visibilidade a uma linha. Um homem trans e intersexo.

Serotonina menos recaptada e disponível para mais sinapses produz um corpo em ebulição para atividades da militância. Moléculas de neurotransmissores e de hormônios movimentavam aquela vida. Preciado (2018), inspirado em Espinosa e nos conceitos de potência de agir e a capacidade de ser afetado, descreve *Potentia Gaudendi* como a força orgásmica dos corpos que o biocapitalismo explora, excita e controla. Tudo é convertido em excitação e prazer. O aumento de potência total e abstrata de corpos na era farmacopornográfica, que especializa corpos para a produção de capital e reproduções da espécie. Preciado (Ibid.) e Haraway (2016) vão além do conceito de biopoder de Foucault: não é mais a vida que o poder procura, mas o controle sobre passagens de fronteiras de tecnologias acopladas a corpos.

Porém, essa mesma linha de pensamento de Haraway (Ibid.) e Preciado (2018) possibilita pensar resistências. Esses corpos não são passivos a um poder que age e os controla em totalidade. Corpos usurpam tecnologias e as usam em táticas de guerra. Táticas de guerra em alianças tecnológicas e políticas. Aquele corpo estava potente para falar e ser ouvido:

Talvez possamos, ironicamente, aprender, a partir de nossas fusões com animais e máquinas, como não ser o Homem, essa corporificação do logos ocidental. Do ponto de vista do prazer que se tem nessas potentes e interditadas fusões, tornadas inevitáveis elas relações sociais da ciência e da tecnologia, talvez possa haver de fato uma ciência feminista. (HARAWAY, 2016, p.83)

Os movimentos de pessoas intersexo são relativamente novos, comparados com outras existências representadas pela sigla LGBT. Na década de 1980 nos Estados Unidos, pessoas intersexo que foram submetidas a cirurgias e hormonizações quando crianças começaram a reivindicar a não necessidade dos procedimentos. Exigiram que a decisão coubesse às próprias pessoas intersexo. Esses movimentos foram impulsionados pela abertura de possibilidades de novas corporalidades, vindas da problematização de Foucault (1984), que colocou a experiência da sexualidade como produzida em jogos de saber/poder (GAUDENZI, 2018).

Problematizavam os procedimentos compulsórios a crianças, porém não eram contra as cirurgias. O movimento e os pensamentos *queer* ganharam espaço nos debates políticos e, depois de uma década, parte do movimento começou a pensar corpos fora da dicotomia homem/mulher em um regime heterossexual (Ibid.).

Existências *queer* estão sempre entre fronteiras de dicotomias e operam sempre no meio. Às vezes invisíveis, inteligíveis. As passagens entre fronteiras são sempre protegidas e muito bem controladas (LOURO, 2013). *Queer* é uma palavra do inglês que exprime um xingamento às pessoas que entram em conflito com as normas de gênero e sexualidade. O conceito vem para enfatizar o termo, usurpá-lo da injúria e positivá-lo. Entender o corpo intersexo não como aberração da natureza, mas como diferença, possibilidade de vida outra que não seja orientada em um regime binário de genitálias.

Esse nó político de identidades analisadoras de gêneros e sexualidade faz João caminhar entre fronteiras. Essa história afetou Lúcio e João contou dele curioso para entender como exatamente se dava essa intersecção. Trocaram e-mails depois da mesa em que eles se encontraram. Lúcio, posteriormente, o chamou para ir ao ambulatório de endocrinologia em que ele trabalhava. João lembrou-se de uma cena:

Depois desse dia [da mesa] eu vim aqui conversar com ele [Lúcio]. Ele ficou curioso e me perguntou: “Tá, mas, assim, tu é intersexo, XY e é transmasculino, por que isso? Como?” Sabe? (Entrevista João)

Eu perguntei como. Fizeram-no uma mulher por quase toda a sua vida. Tentou a hormonização por conta própria, mas sabia que provavelmente não faria efeito em seu corpo. Não fez até então. Mesmo não conseguindo se hormonizar e também não passar por assistência nos serviços de saúde, ele ainda entende como transição sua trajetória, pois subverte a expectativa de seus pais e a linearidade de uma norma de gênero:

Ser trans é exatamente atravessar essa socialização que foi dada assim. Tentaram fazer de mim uma mulher a vida toda e na verdade eu nunca fui, e agora estou me apresentando na sociedade, interagindo com as pessoas como eu sempre gostaria de ter me apresentado. Então isso para mim que é a transição, por mais que existam pessoas que não se hormonizam. Existem pessoas que não podem se hormonizar, como eu cheguei aqui achando que eu não poderia, por causa da minha síndrome. E apesar disso eu entendo a transição dessa forma e não como só um processo médico, biológico que eu vou passar para transformar meu corpo. (Entrevista João)

Ele parece separar as concepções de um processo médico e a transição em suas relações pessoais. Com sua família, com amigos e amigas, a mudança física de cidade e o seu nome adotado em integralidade na sua vida. Essa mudança de relação com pessoas, que retrucou os chamados da socialização, é uma transição em conflito com as normas de gênero (BENTO, 2006). Apareceram duas sobreposições ontológicas de um corpo em transição. Realidades de um corpo múltiplo trans e, no seu caso, independentes: a transição da socialização e a ligada às práticas médicas. Quando soube que podia aplicar testosterona, João inventou outra possibilidade de transição. Usou-a como aliança ao projeto de corpo:

Comecei a aplicar testosterona e descobri que eu tive efeitos dela. Eu achava que nunca poderia ter. Isso tá virando uma coisa que vai se tornar um estudo científico que pode ser publicado e vai, quem sabe, um dia impedir que pessoas sejam mutiladas na infância por achar que isso aqui nunca vai poder ser, essa criança nunca vai poder ser hormonizada, então a gente tem que transformar logo numa menina. (Entrevista João)

A hormonização com testosterona foi uma possibilidade para adicionar a seu processo de transição. Porém ela não existia. Nem em sua virtualidade. Suas células eram até ali não sensíveis à testosterona. João não era feito por moléculas de testosterona. Porém já cruzara com interpelações médicas outras, aquelas compulsórias quando adolescente, que o liam como mulher pela sua genitália

ambígua e a sua síndrome de insensibilidade. O encontro de João com a prática endocrinológica de Lúcio e o exame encomendado pelos dois performaram João com células parcialmente sensíveis à testosterona. Hormonização foi possível e compôs com sua transição.

Soma-se nesse encontro de João e Lúcio a parceria para a produção de conhecimento da sua história. João aposta nesses saberes para alertar a comunidade médica e científica e evitar mutilações em crianças intersexo. Talvez mostrando sua experiência as pessoas com esse tipo de insensibilidade possam ser hormonizadas também. Essa parceria é singular para ele, uma revolução no seu entendimento sobre práticas médicas:

Isso foi na verdade uma revolução na minha forma de ver o atendimento médico, porque desde 21 anos eu não passava em médico nenhum, nem quando eu estava doente fisicamente, quando eu tava gripado, sinusite, nada. Porque eu fiquei completamente traumatizado de médico. E vindo pra cá e conhecendo o Lúcio, ele meio que renovou minha experiência com a comunidade médica e o ponto de ruptura mesmo foi quando ele falou: olha, a gente vai escrever esse artigo, tu vai ser coautor. Não é objeto. É agente, e objeto mesmo de estudo. Fui várias vezes, em vários hospitais diferentes, em várias situações diferentes eu fui objeto, e dessa vez eu tava sendo agente, protagonista. (Entrevista João)

As pessoas intersexo transitam constantemente nos serviços de saúde. Elas passam de intervenção a intervenção. Cirurgias já feitas que precisam sempre de manutenção com retornos e modulações frequentes da hormonização (GAUDENZI, 2018). E isso é uma violência que João viveu na adolescência e na infância para, adulto, evitar atendimentos médicos. Ele também comenta sua locomoção de só objeto para agente também de sua corporalidade em transição com hormonização. No encontro entre eles emergem realidades: a prática médica que possibilitou ver João em intersecções de identidade trans e intersexo e paciente como agente.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para percorrer realidades múltiplas de um corpo trans nas práticas de um ambulatório foi preciso abrir o objetivo. Os resultados foram múltiplos, pois as práticas eram muitas e os encontros, imprevisíveis. Primeiro tentei seguir a linha dos atendimentos: do acolhimento aos primeiros encontros da enfermagem e da assistência social para depois as outras profissões: cada profissão seria uma descrição de seu encontro com o paciente. Mas a pesquisa seguiu depois as imprevisibilidades, os afetos na sala de reunião e o meu incômodo em cirurgias.

A enfermagem e a assistência social unem-se e criam demandas para medições daquele corpo: medidas de uma saúde geral e de retaguarda social. As ontologias do corpo trans das medidas não existiam. Elas foram inventadas ou ocupadas, seguindo as palavras de Lis, frente à prática dos saberes psi e da endocrinologia, que possuem alicerces históricos e são mantidos na dinâmica de um ambulatório. Ontologias de um corpo são performadas no encontro das perguntas de Lis com as respostas de Flor. Nos comentários de Flor às medidas de Lis de bustos e quadris. As mudanças de hormônios aplicados, posologias e modos de aplicação aumentavam e diminuavam corpos segundo expectativas de centímetros medidos por uma fita e marcados em um prontuário. No encontro com a assistência social eram produzidas pessoas trans com direito a direitos e profissionais militantes.

Porém, já nesse começo percebi os encontros singulares que levavam o pensamento em outra direção. Os *piercings*, as conversas que vão além da função de medições e que a enfermeira comemora. O dispositivo da pergunta de Lis, que se aproxima da realidade aberta de um corpo em construção. A prática da assistência social que se espalha por outras disciplinas. As realidades são abertas. As práticas inventadas criam ontologias inesperadas de um corpo múltiplo. Ontologias políticas sempre em movimentação, abertas e em tensão.

Depois percebi a união dessas duas profissões nas práticas pós-cirúrgicas. A enfermagem e a assistência social do ambulatório se deparam com o desafio de alinhar condutas entre duas localidades, e o pensamento vai para os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade. Conceitos empregados nas discussões entre profissionais no cotidiano do serviço.

Esses conceitos são então percebidos no encontro da fonoaudióloga, Nina, com o rapaz que tinha a demanda de uma voz mais imponente, mas que estava fragilizada pelo *binder* muito apertado que constrangia o diafragma. A Nina atenta a sua prática da voz ouve o sofrimento daquela pessoa. Entende as linhas políticas que fazem aquele corpo que se encurva. As práticas se relacionam, por exemplo, à enfermagem para negociar outros tipos de coletes que também escondem as mamas, mas que oferecem menos pressão, e à psicologia, que tenta entender como recuperar o espaço perdido pelo peito constrangido. As disciplinas são mantidas.

Porém, ao mesmo tempo, como sobreposição das dinâmicas interdisciplinares, há o analisador da despatologização, que faz perceber a franja política na produção do corpo múltiplo trans e desestabiliza o objeto da disciplina profissional. O objeto conhecido e o sujeito que conhece são borrados. E as dúvidas são estabelecidas e bem-vindas.

Descrevo mais detalhadamente, então, a prática da fonoaudiologia. Essa prática tenta trabalhar com a voz, mais especificamente seus aspectos suprasegmentares, que alteram a frequência do som pelos prolongamentos de vogais, trejeitos com caras e bocas da pessoa. Nina, atenta à demanda da pessoa pela voz que ela quer, mas também aliada às práticas que despatologizam, fica com dúvidas sobre a conduta que se deve tomar. Descreve ontologias daquele corpo, um corpo que é fisiológico e que responde às alterações hormonais na infância como mulheres trans com a laringe modificada pela testosterona e a ontologia da construção de um corpo com uma voz diferente.

Laringe performa sexo, os aspectos suprasegmentares produzem linearidade para essa laringe e ganham inteligibilidade em entrevistas de emprego e no telefone. Nina no começo de seu trabalho no ambulatório entendia que sua prática tinha o objetivo de fazer corpos passáveis. Sua prática fica nesse jogo, entre dicotomias de gênero, e ela fica em dúvida. Mas não só ela, a paciente também.

Caminhando para o capítulo das práticas da psicologia na construção de um documento para retificação de nome, descrevi a prática do Supremo Tribunal Federal e suas linhas históricas zigzagueantes na produção da transexualidade

como corpo passível de ser enlutecido. A performance de sustentações de falas, os olhos chorosos de Barroso, a citação de Cecília Meireles por Cármen Lúcia performam a transexualidade como vidas precárias e também fazem a justiça como responsável por garantir direitos.

Atento a essa produção contemporânea desse corpo trans precário, o psicólogo escreve um documento, fazendo da escrita uma prática da psicologia no ambulatório. Na escrita é necessário performar a pessoa conectada em franjas políticas: às instituições da saúde, da família, do emprego. Não individualizando aquela existência, mas trazendo-a para o campo político de direitos.

Minha experiência como psicólogo também mudou minha percepção de tempo com relação aos pacientes e também à pesquisa. Armado de referenciais teóricos e críticas ferrenhas às epistemologias da psicologia na saúde da população trans, me surpreendi, porque às vezes elas não valem nada no encontro. É uma prática sem objetivos-fim: não patologizam, mas também não panfletam militância. Somente acompanham processos de vida sempre no meio.

Seguindo para o último capítulo, as práticas cirúrgicas e o trajeto da pesquisa seguindo afetos de profissionais. As cirurgias evidenciam práticas claras em termos de objetivos e técnica, como dirigir um caminhão. Mas mesmo assim podem bagunçar os alicerces dos profissionais, entendendo a cirurgia como tratamento de disforias ou acompanhando-a com um olhar despatologizador. A prática cirúrgica de Francisco opera em fronteiras. Modifica corpos por meio de máquinas que acoplam e tecnologias que cortam, queimam e cicatrizam. Classificar uma prática como bom cuidado, patologizando-a ou não, parece precipitado, pois ninguém parece sair ileso nesses movimentos entre corpo e máquina, em processos entre fronteiras.

Essas intensidades fizeram desestabilizar essa pesquisa e eu me afetei pelo corpo performado em sua literalidade radical na prática cirúrgica. Parecia tão distante de meus conceitos, de minhas críticas. Era algo novo que nunca experimentei. Então, a segunda cirurgia. A cirurgia de João, homem trans intersexo com sensibilidade parcial a andróginos. Acompanhei apalpando João em suas realidades espalhadas pelos encontros de profissionais que falam dele, e cujas

práticas performam o corpo de João. Primeiro na cirurgia, depois pela endocrinologia e pela psiquiatria. Para depois me aproximar de sua realidade performada na trajetória de sua vida.

As narrativas não necessariamente se somam. Porém não são independentes. Estão em tensão, com gramáticas específicas de cada disciplina. Lúcio junto a João, que performaram a possibilidade de uma hormonização suprabasal, pois juntos foram sensíveis à intersecção singular da intersexualidade com a identidade trans. Somou-se a trajetória de transição de João, mesmo que ele tenha separadas duas ontologias de transição: a social e a médica. A psiquiatria de Sofia, atenta às volições, receita remédios que inibem a recaptação de serotonina. Neurotransmissores que fazem corpos militantes e militâncias que produzem conhecimento.

Primeiro tentei estipular uma descrição densa de cada disciplina em seus atendimentos específicos. Depois afetei-me pela prática de Lis às conversas, a fala de Nina na reunião de equipe, do rapaz, e percebi caminhos mais interessantes. Os desvios e as escolhas da pesquisa deram vazão ao entendimento de um corpo múltiplo trans, que não tem começo nem fim. Não se completa em somas nem em dicotomias. Está sempre aberto aos encontros com disciplinas e às singularidades das vidas singulares que encontrei. E os profissionais coemergem como multiplicidade desse corpo também, não os limitando em práticas bem delimitadas, mas inventando práticas com resultados performáticos sempre novos.

Referências

ALMEIDA, G.; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade de despatologização da transexualidade e a necessidade de assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 380-407, 2013.

BARROS, L. P. de; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 52-75.

BENEDETTI, M. **Toda feita: o corpo e o gênero das travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENTO, B. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

_____. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2010.

BENTO, B., PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-581, 2012.

BORBA, R. Reflexões sobre a possibilidade de despatologização da transexualidade e a necessidade de assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 380-407, 2006.

_____. Receita para se tornar um “transexual verdadeiro”: discurso, interação e (des)identificação no processo transexualizador. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, Campinas, v. 55, n. 1, p. 33-75, 2016.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 26, p. 329-376, jan./jun. 2006.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1482, de 10 de setembro de 1997**. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1707/GM, 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. Diário Oficial da União, 2008.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1955, de 12 de agosto de 2010**. Brasília, DF, 2010a.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2803, de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 19 nov. 2013. Nº 225. Seção 1.

BUTLER, J. *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”*. In: LOURO, G. L. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

_____. *Desdiagnosticando gênero*. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 95-126, 2009.

_____. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

_____. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

_____. **A vida psíquica do poder: teorias de sujeição**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

COMITÊ INVISÍVEL. **Aos nossos amigos: crise e insurreição**. São Paulo: n-1 edições, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução CFESS nº 845, de 26 de fevereiro de 2018**. Dispõe sobre atuação profissional do/a assistente social em relação ao processo transexualizador. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/ResolucaoCfess845-2018.pdf>

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA-SP. **Manifesto pela despatologização das identidades trans**. São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/portal/midia/figuedeolho_ver.aspx?id=365

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Orientações para o atendimento**. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.apadep.org.br/media/Orienta%C3%A7%C3%B5es-para-o-atendimento-LGBT.pdf>

DELEUZE, G. *Post-scriptum sobre as sociedades de controle*. In: **Conversações**. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1992.

_____. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**. V. 1. São Paulo: Editora 34, 1996.

FAUSTO-STERLING, A. **Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality**. New York: Basic Books, 2000.

FAVRET-SAADA, J. *Être affecté*. **Gradhiva – Revue d’Histoire et d’Archives de l’Anthropologie**, v. 8, p. 3-9, 1990.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **História da sexualidade 1: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FREIRE, L. Sujeitos de papel: sobre a materialização de pessoas transexuais e a regulação do acesso a direitos. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 48, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449201600480013>

GAUDENZI, P. Intersexualidade: entre saberes e intervenções. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 1-11, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00000217>

GIANNA, M. C. CRT DST/Aids-SP implanta o primeiro ambulatório para travestis e transexuais do país. In: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. **Transexualidade, travestilidade e direito à saúde.** São Paulo: Oficina Editorial, 2010.

HALL, J. E.; GUYTON, C. A. **Tratado de fisiologia médica.** 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

HARAWAY, D. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: TADEU, T. (Org.). **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano.** Belo Horizonte: Autêntica, 2016. p. 33-118.

KRUSE, M. H. L. Anatomia: a ordem do corpo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 1, jan./fev. 2004.

LEWIN, K. **Princípios de psicologia topológica.** Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1973. (Trabalho original publicado em 1936).

LIMA, L. F. Profecias de fraude: casamentos inaceitáveis e sujeitos perigosos em decisões judiciais sobre retificação de “sexo” de pessoas transexuais. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 66-88, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.25.04.a>

LIMA, F.; CRUZ, K. T. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 162-186, 2016.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.

_____. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

LOURO, G. L. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer.** Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

MACHADO, P. S. O sexo dos anjos. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, p. 249-281, 2005.

MEDEIROS, P.; GUARESCHI, N. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, jan./abr. 2009.

MELLO, L.; PERILO, M.; BRAZ, C. A.; PEDROSA, C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, 2011.

MISKOLCI, R. Estranhando as ciências sociais: notas introdutórias sobre teoria queer. **Florestan**, São Carlos, v. 1, n. 2, p. 8-25, nov. 2014.

MOL, A. Ontological politics: a word and some questions. **The Sociological Review**, London, v. 47, n. 1, p. 74-89, 1999.

_____. **The body multiple: ontology in medical practice**. Durham, NC: Duke University Press, 2002.

MOL, A. **The logic of care: health and the problem of patient choice**. Abingdon: Routledge, 2006.

NEER, A. F. Cuerpo, derechos y salud integral: análisis de los debates parlamentarios de las leyes de Identidad de Género y Fertilización Asistida (Argentina, 2011-2013). **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 11, n. 3, 2015. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2015.721>

_____. Reconfiguraciones del rol de la psicoterapia en el marco de los tratamientos de construcción corporal trans (Argentina, 1997-2017). In: BRAZ, C.; HENNING, C. E. (Orgs.). **Gênero, sexualidade e saúde: diálogos latino-americanos**. Goiânia: Editora Imprensa Universitária, 2017. p. 122-142.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia – Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, abr. 2000.

_____. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2014. p. 32-51.

PELÚCIO, L. **Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids**. São Paulo: Annablume, 2009.

PEREIRA, P. P. G. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 511-538, dez. 2012a.

_____. Queer nos trópicos. **Contemporânea**, São Carlos, v. 2, n. 2, p. 371-394, jul./dez. 2012b.

PINO, N. P. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 28, p. 149-174, 2007. DOI: <https://doi.org/10.3342/ceo.2015.8.4.345>

PINTO, N.; MOLEIRO, C. As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: perspectivas de profissionais de saúde e utentes. **Psicologia**, Lisboa, v. 26, n. 1, p. 129-151, 2012.

PONTES, J. C. de; Silva, C. G. da. Cisnormatividade e passabilidade: deslocamentos e diferenças nas narrativas de pessoas trans. **Periódicus**, Salvador, v. 1, n. 8, p. 396-417, nov. 2017.

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

PRADO, M. A. M. P. **Ambulare**. Belo Horizonte: PPGCOM UFMG, 2018. Disponível em:

<https://www.seloppgcom.fafich.ufmg.br/index.php/seloppgcom/catalog/download/22/21/47-1?inline=1>

PRECIADO, B. Multidões queer: notas para uma política dos “anormais”. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 11-20, 2011.

_____. **Manifesto contrassexual**. São Paulo: n-1 edições, 2014.

_____. **Testo junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica**. Tradução de Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: n-1 edições, 2018.

ROCON, P. C.; RODRIGUES, A.; ZAMBONI, J.; PEDRINI, M. D. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2517-2525, 2016.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

ROMANO, V. F. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 211-219, 2008.

RUCOVSKY, M. D. M. Trans* necropolitics Gender Identity Law in Argentina. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 10-27, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.20.04.a>

SANTOS, A. B.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMMAN, E. Processo de formação das representações sociais sobre a transexualidade dos profissionais de saúde: possíveis caminhos para superação do preconceito. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 4545-4554, 2014.

SANTOS, M. F. L. A invenção do dispositivo da transexualidade: produção de “verdades” e experiências trans. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 117-130, 2011.

SCHMIDT, J. G. Voice challenge in transgender women: trans women self-perception of voice handicap as compared to gender perception of naïve listeners, **Revista CEFAC**, Campinas, v. 20, n. 1, p. 79-86, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-021620182011217>

SCOTT, J. Gender: a useful category of historical analysis. In: SCOTT, J. **Gender and the politics of history**. New York: Columbia University Press, 1989. Tradução para o português de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila.

SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2005. p. 43-73.

SOUZA, M. H. T. S.; MALVASI, P.; SIGNORELLI, M. C.; PEREIRA, P. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 767-776, abr. 2015.

TEDESCO, H. S.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal**, Niterói, v. 25, n. 2, p. 299-322, maio/ago. 2013.

TEIXEIRA, F. B. **Vidas que desafiam corpos e sonhos**: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade. 2009. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

_____. (Des)engano: revisando as portarias do Processo Transexualizador no SUS. In: UZIEL, A. P.; GUILHON, F. (Orgs.). **Transdiversidades**: práticas e diálogos em trânsitos. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2017. p. 313-52.

TEIXEIRA, R. R. As dimensões da produção do comum e a saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 27-43, 2015.