

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Centro de Pós-Graduação

Mestrado de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Miguel de Castro Santos

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS TRANS:
como se dá a busca pelo cuidado?**

Belo Horizonte

2020

Miguel de Castro Santos

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS TRANS:
como se dá a busca pelo cuidado?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Orientador: Paulo Roberto Ceccarelli
Co-orientador: Alexandre Costa Val

Belo Horizonte

2020

Santos, Miguel de Castro.
SA237i Itinerários terapêuticos de pessoas trans [manuscrito]: como se dá a busca pelo cuidado?. / Miguel de Castro Santos. - - Belo Horizonte: 2020. ??f.: il.
Orientador (a): Paulo Roberto Ceccarelli.
Coorientador (a): Alexandre Costa Val.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Transexualidade. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Performatividade de Gênero. 4. Terapêutica. 5. Dissertação Acadêmica. I. Ceccarelli, Paulo Roberto. II. Val, Alexandre Costa. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WM 617



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO **MIGUEL DE CASTRO SANTOS**

Realizou-se, no dia 21 de agosto de 2020, às 14:00 horas, Webconferência, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Itinerários terapêuticos de pessoas trans: como se dá a produção do cuidado?*, apresentada por MIGUEL DE CASTRO SANTOS, número de registro 2018712815, graduado no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Paulo Roberto Ceccarelli - Orientador (PUCSP), Prof(a). Alexandre Costa Val (UFOP), Prof(a). AISLLAN DIEGO ASSIS (UFOP), Prof(a). Cristiane de Freitas Cunha Grillo (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

(X) Aprovada

() Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 21 de agosto de 2020.

Prof(a). Paulo Roberto Ceccarelli (Doutor)

Prof(a). Alexandre Costa Val (Doutor)

Prof(a). AISLLAN DIEGO ASSIS (Doutor)

Prof(a). Cristiane de Freitas Cunha Grillo (Doutora)

Miguel de Castro Santos

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS TRANS:
como se dá a busca pelo cuidado?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Paulo Roberto Ceccarelli (Orientador) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Alexandre Costa Val (co-orientador) – Universidade Federal de Ouro Preto

Cristiane Freitas Cunha – Universidade Federal de Minas Gerais

Aisllan Diego Assis – Universidade Federal de Ouro Preto

Elza Machado de Melo (suplente) – Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, agosto de 2020

A todas as pessoas trans.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, José Osvaldo e Darci: por tornarem a jornada sempre mais divertida, pelo interesse genuíno e por aceitarem aprender comigo enquanto eu também estou aprendendo; aos meus irmãos, Thiago e Guilherme, por todo apoio; por me ensinarem que o conhecimento sempre será o melhor caminho.

Aos meus orientadores, Paulo Ceccarelli e Alexandre Costa Val. Ao Paulo, pela gentileza e incentivo ao longo do meu percurso; ao Alexandre, por primar por consistência e rigor técnico, com uma presença constantemente carregada de afeto e muito bom humor. Aos professores Aisllan Assis e Cristiane Freitas, pelas contribuições que transformaram não só a pesquisa, mas a mim mesmo.

À Andreia Resende dos Reis, que acompanhou todos os momentos de alegria e os de angústia, sempre com palavras de motivação e de experiência. Aos demais companheiros da lida cotidiana no Ambulatório Trans Anyky Lima, especialmente, Eduardo Siqueira, Eduardo Mundim, Thaysa Drumond e Lorene Santos. A todos os colegas de trabalho do Hospital Eduardo de Menezes, que seguem junto conosco nesta empreitada desafiadora!

À professora Elza Melo, à Mari Rocha, a todos os demais profissionais, professores e colegas do Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da UFMG.

Ao Thiago Borges, por estar ao meu lado todo esse tempo, sempre com as melhores palavras nos melhores momentos; por me ensinar uma definição de cuidado que eu não encontraria em nenhuma literatura.

A todos os meus amigos, por desconstruírem e reconstruírem diariamente o mundo a partir de uma perspectiva *queer*. Vocês me ensinam muito!

Aos meus sobrinhos queridos, Bernardo, Júlia, Matheus e Esther, que me lembram todos os dias qual é o sentido das coisas. À minha avó, tios, primos, cunhadas, e a todos os demais familiares, pela compreensão nas ausências neste período tão intenso.

Às pessoas trans que, com tanta generosidade, participaram desta pesquisa, permitindo que suas trajetórias fossem contadas, para que contribuam para um mundo diferente, melhor.

Zézim, remexa na memória, na infância, nos sonhos, nas tesões, nos fracassos, nas mágoas, nos delírios mais alucinados, (...) no fundo do poço sem fundo do inconsciente: é lá que está o seu texto. Sobretudo, não se angustie procurando-o: ele vem até você, quando você e ele estiverem prontos.

Cada um tem seus processos, você precisa entender os seus.

(Carta de Caio Fernando Abreu a José Márcio Penido, Porto, dezembro de 1979)

Deus meu! No sertão, o que pode uma pessoa fazer de seu tempo livre a não ser contar histórias?

(João Guimarães Rosa, em entrevista no Congresso de Escritores Latino-Americanos, Gênova, janeiro de 1965)

RESUMO

Pessoas trans sofrem diversas formas de exclusão, uma vez que não se enquadram no modelo social vigente, cuja lógica é a do reconhecimento da legitimidade apenas aos indivíduos que apresentam uma continuidade entre sexo, gênero e desejo. No campo da saúde, essa situação não é diferente. Ainda que os determinantes sociais contribuam para que essas pessoas apresentem condições de saúde piores que a população geral, a busca pelo cuidado é marcada por desafios e barreiras muitas vezes intransponíveis. O objetivo desta pesquisa foi traçar os Itinerários Terapêuticos de pessoas trans em sua busca por cuidados à saúde, através das narrativas de sujeitos que utilizam o serviço do Ambulatório Trans Anyky Lima, no Hospital Eduardo de Menezes, em Minas Gerais. Foram entrevistadas 3 pessoas a partir de um roteiro semiestruturado que fomentou narrativas que contemplassem como se dá a produção de cuidado, envolvendo tanto os aparelhos formais quanto informais. Além disso, experiências vivenciadas pelo pesquisador no campo foram trazidas à discussão. As análises aconteceram através da busca cuidadosa pelas singularidades de cada história, assim como pela localização de pontos de convergência e ineditismos a partir da análise de conteúdo na perspectiva de Bardin. Os resultados foram debatidos à luz do referencial teórico proveniente de estudos das Ciências Sociais e Saúde Coletiva. Em relação aos serviços formais, as narrativas apontam para várias barreiras ao acesso, como a autorização de um “não-saber”, a burocratização dos fluxos, o preconceito e má qualidade da assistência, indicando como a violência institucional se encontra presente no cotidiano dos serviços de saúde. Como alternativas a esses entraves, há a criação de uma rede própria a partir do social, a desestabilização dos fluxos pré-estabelecidos e a procura por um serviço especializado como forma de suprir carências da rede, entre outros. A busca por cuidado, nesse contexto, acaba se tornando uma luta por reconhecimento em um discurso, de saída, segregador. Ainda assim, as pessoas trans seguem denunciando, com suas existências, todo um dispositivo de produção de saber e poder sobre quais corpos são considerados inteligíveis e quais não são. As políticas públicas para mudança desse panorama, ao enquadrarem essas experiências em modelos historicamente patologizantes, pouco contribuem para melhoria do acesso em saúde. Entendemos, assim, que uma transformação ética e efetiva no cuidado dessas pessoas só será possível quando houver, de fato, uma mudança nas práticas e nos discursos dos profissionais e gestores da saúde.

Palavras-chave: Transexualidade. Cuidados à saúde. Teoria *Queer*.

ABSTRACT

Trans people suffer different forms of exclusion, in order to be out of current social model, whose logic is that of legitimacy only to individuals who have a continuity between sex, gender and desire. In this context, only certain bodies enjoy the status of subjects, and all people that escape this binary structure remains in the place of rejection. The objective of this research was to trace the Therapeutic Itineraries of trans individuals in their search for health care, through the narratives of people who use the service of the Trans Anyky Lima Ambulatory, at Eduardo de Menezes Hospital, in Minas Gerais. For this, 3 people who were being followed up at the reference service were interviewed. I used the narratives in order to understand the Therapeutic Itineraries, to understand how care is produced, using both formal and informal devices. In addition, experiences in the field were brought up for discussion. The analysis was made from the search for points of convergence between the narratives. The studies of Social Sciences and Collective Health were the theoretical basis. In relation to formal services, the narratives show us several barriers to access, such as the authorization of “not knowing”, the bureaucratization of flows, prejudice and poor quality of care, indicating how institutional violence is present in the daily lives of health services. As alternatives to these obstacles, I saw the creation of their own network based on the social, the destabilization of pre-established flows and the search for a specialized service as a way to supply the network's needs, among others. Therefore, the search for care becomes a struggle for recognition in a segregating discourse. Trans people continue to denounce, with their existences, a whole device of production of knowledge and power over which bodies are considered intelligible and which are not. Public policies to change this scenario cannot include these experiences in historically pathological models. An ethical and effective transformation is only possible if there is a discursive change.

Keyword: Transexuality, Health care, Queer theory

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- O espaço físico do Ambulatório Trans Anyky Lima nas quintas feiras pela manhã.....	65
Figura 2- O espaço físico do Ambulatório Trans Anyky Lima nas quintas feiras pela tarde	65
Figura 3 - Esquema clássico de desenvolvimento de uma Análise	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Entrevistas.....	64
-----------------------------	----

LISTA DE SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

CID – Classificação Internacional de Doenças

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

OMS – Organização Mundial de Saúde

APA – Associação Americana de Psiquiatria

ONG – Organização Não Governamental

ANTRA – Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil

STP – Stop Trans Pathologization

IT – Itinerários Terapêuticos

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

HEM – Hospital Eduardo de Menezes

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A INICIATIVA DESTE ESTUDO	13
1.2 LUGAR DE FALA	16
2 APROPRIAÇÃO DAS IDENTIDADES TRANS PELO DISCURSO MÉDICO 28	
2.1 CONSTRUÇÃO DO MARCO PATOLÓGICO	28
2.2 MOVIMENTOS SOCIAIS: ENTRE CONQUISTAS E DISSIDÊNCIAS	35
2.3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PESSOAS TRANS NO BRASIL	38
2.4 “MENINO VESTE AZUL E MENINA VESTE ROSA”: AS INVOCÇÕES PERFORMATIVAS DOS GÊNEROS	42
2.5 IDENTIDADES CONTEMPORÂNEAS	45
3 JUSTIFICATIVA	48
4 OBJETIVOS	52
5 PERCURSO METODOLÓGICO	53
5.1 O CONCEITO DE ITINERÁRIO TERAPÊUTICO (IT), SUA LOCALIZAÇÃO NO CAMPO TEÓRICO E UMA ABORDAGEM CRÍTICA DO INSTRUMENTO EM PESQUISA QUALITATIVA	53
5.2 APREENDENDO OS IT DAS PESSOAS TRANS NA BUSCA POR CUIDADO	61
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	113
6.1 FABIANA: “VOCÊ NÃO É HOMEM MAIS”	113
6.2 COMO SER UMA MULHER: UMA PRESCRIÇÃO	115
6.3 FLÁVIA: A PRINCESA, A OGRA, A PESSOA	126
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	152
APÊNDICE B	154

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A INICIATIVA DESTES ESTUDO

Concluí a residência médica em Psiquiatria em março de 2018, e, em agosto do mesmo ano, comecei a trabalhar no Hospital Eduardo de Menezes (HEM), da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Trata-se de um hospital de Infectologia e Dermatologia, cujo psiquiatra teria a função de avaliar interconsultas de pacientes internados, bem como atuar em um ambulatório de psiquiatria geral para os pacientes do próprio hospital. Assim, o HEM é um local onde os estudos em saúde coletiva se fazem presentes de forma diária na prática clínica, sobretudo no que diz respeito às doenças infecciosas. Na época, o hospital contava com aproximadamente 70 leitos de internação e mais nove leitos de Centro de Terapia Intensiva (CTI)¹.

Como o hospital é uma referência em IST/AIDS do Estado de Minas Gerais, os seus usuários apresentam demandas de Saúde Mental bastante específicas. Devido ao estigma que ainda sofrem as pessoas que apresentam infecções sexualmente transmissíveis (IST) – principalmente pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) –, muitos encontram-se em situação de exclusão social, como insuficiência familiar, abandono, situação de rua, institucionalização em casas de apoio, situação que gera sofrimento psíquico e requer uma atenção particularizada. Há, também, muitos usuários com importantes sequelas neurológicas de infecções do sistema nervoso central – principalmente a neurotoxoplasmose e, em menor escala, outras como neurosífilis, neurocriptococose, neurotuberculose, meningites e encefalites – que geram alterações psíquicas e comportamentais associadas a limitações que exigem formas individualizadas de cuidado. Para além disso, vale destacar que, dada a vulnerabilidade social que marca toda a população atendida neste hospital, há um contingente importante de usuários que não só fazem uso

¹ Com a chegada e expansão da covid-19 ao Brasil, em março de 2020, o hospital passou por intenso processo de reforma e aumento do número de leitos, e a sua capacidade foi largamente ampliada. Até o fim da escrita deste trabalho, por exemplo, o Hospital contava com cerca de 30 leitos de CTI, um aumento expressivo com relação ao momento da pesquisa, em que se tratava de nove leitos, além de uma nova ala prestes a entrar em funcionamento.

problemático de álcool e outras substâncias – como o crack, por exemplo –, mas também que apresentam comorbidades psiquiátricas importantes – tais como esquizofrenia, transtorno depressivo recorrente, transtornos de ansiedade, de personalidade, entre outros – que, muitas vezes, requerem atendimento especializado. Foi nesse contexto que me integrei à equipe multiprofissional de Saúde Mental, composta por psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Nossas atividades não eram restritas às interconsultas de pacientes internados, mas também incluíam atendimentos no ambulatório geral, voltado para aqueles que já haviam recebido alta e necessitavam de acompanhamento específico.

Me lembro que, já no primeiro dia, durante a assinatura do contrato, uma pessoa de cargo administrativo me fez a seguinte colocação: *“Só tem uma coisa, para trabalhar aqui: você tem que aceitar fazer uma parte da carga horária no Ambulatório Trans”*. Essa frase até hoje me traz muitos questionamentos. Por que fazer essa diferenciação entre a assistência à população em geral e a assistência a pessoas trans²? Estaríamos, aí, diante de uma autorização declarada para que profissionais de saúde que não querem trabalhar com o cuidado de populações que subvertem as normas de gênero (Butler, 2003) sintam-se a vontade com essa recusa? De fato, em nenhum momento, a assistência a outras populações ditas vulneráveis foi questionada, algo que leva a supor que, de saída, havia um alibi para as pessoas que não queriam trabalhar com a população trans de forma específica. Era quase como se eu estivesse sendo avisado de que eu poderia querer não aceitar o trabalho, sem qualquer tipo de julgamento ético, com o argumento de que eu não atendia pessoas trans. Posteriormente, pude verificar essa hipótese em trabalhos que mostram como esse tipo de recusa, camuflada de uma série de justificativas (incluindo a ideia do “não-saber”), é recorrente nos serviços de saúde (VAL, 2019).

Realmente, aquele espaço de assistência específica a pessoas trans era totalmente novo para mim. Mas, mesmo tendo feito uma residência médica

² Utilizo a palavra trans ao longo do trabalho para me referir às pessoas transgêneras – aquelas que se identificam com um gênero diferente do que foi designado a elas ao nascerem. O termo trans é uma categoria nativa dentro da própria comunidade, funcionando como um termo guarda-chuva que abarca as mais variadas experiências de gênero possíveis, como mulheres trans, travestis, homens transexuais, gêneros-fluidos, entre várias outras possibilidades, como detalhado mais à frente no presente trabalho.

100% no SUS, como eu quase nunca havia tido contato com essas pessoas? Aliás, nunca, até então, eu tinha me questionado sobre a existência de um espaço específico para essa população no SUS em Minas Gerais. E mais – e talvez o mais determinante para a iniciativa do estudo –, isso me fez pensar em: onde essas pessoas estão como usuárias de um sistema público de saúde, uma vez que nós como profissionais não as víamos? Aliás, elas estariam inseridas nesse sistema?

Diante de todos esses questionamentos, a única resposta que tinha era a de que eu precisava estudar. De fato, deviam existir muitas pessoas que não trabalham com essa demanda específica por questões de preconceito, mas também deviam existir aquelas que não se sentiam preparadas tecnicamente. E por que elas não buscavam capacitações sobre essa temática? Na formação contemporânea em psiquiatria, há pouquíssimas discussões a respeito de gêneros e sexualidades. Entre todos os programas de residência médica em psiquiatria de Minas Gerais, não há um, até a presente data, em que encontramos um campo de estágio bem estruturado e tradicional, de longo tempo de funcionamento, em estudos de gênero. Sabemos que existem poucos serviços especializados nessa modalidade de atenção à saúde no estado³ – como, por exemplo, o Centro de Referência Atenção Integral à Saúde Transespecífica (Craist) do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU/UFU) que se tornou um centro de referência nacional. Mas, isso, por si só, justificaria a ausência da temática em nossas formações?

Nos meses que se seguiram ao meu ingresso no Hospital, precisei recorrer – antes mesmo de chegar à Psiquiatria – às Ciências Sociais e à Filosofia para me situar melhor nas discussões sobre gêneros e sexualidades. Nesse ponto, me debrucei sobre os estudos de Michel Foucault, Judith Butler, Paul B. Preciado, entre outros, para entender melhor como seria a dinâmica social do gênero ao longo da história. Depois disso, senti mais segurança para

³ No Brasil, apenas cinco cidades contam com acompanhamento especializado em saúde de pessoas transgêneras com possibilidade de cirurgia de redesignação sexual – que altera a anatomia genital em sintonia com a identidade de gênero da pessoa em questão. São elas: São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Goiânia e Porto Alegre. O número de cidades que contam com o serviço de atenção na modalidade ambulatorial – sem a cirurgia – é mais difícil de quantificar, uma vez que para que haja o credenciamento no Ministério da Saúde, processo bastante burocrático, o serviço já deve estar em funcionamento. Isso significa que muitos serviços estão em pleno funcionamento, mas o Ministério da Saúde não os reconhece, e por isso não são contabilizados.

acessar os artigos científicos que falavam sobre a assistência específica à população trans de forma a me instrumentalizar para o trabalho a que me propus. Ao longo desse processo, eu já estava prestando assistência a essa população. Afinal, o trabalho não pode parar! E era exatamente o contato com essas pessoas e com as histórias delas que me permitiram crescer em termos de aprendizado, instigando ainda mais o meu desejo de saber.

Embora o número de publicações científicas sobre a assistência em saúde de pessoas trans esteja aumentando muito nos últimos anos, historicamente, as pesquisas no campo da saúde sobre o tema são escassas e, na maioria das vezes, têm, em sua esteira, um marco patológico. Foi a partir de todas essas surpresas e questionamentos que comecei a construir uma investigação em torno da seguinte pergunta: como se dá a busca pelo cuidado dessas pessoas? Engajar em uma pesquisa desse porte não reduziu a quantidade de perguntas que passavam pela minha cabeça. Pelo contrário. Uma delas – e, talvez a mais angustiante – era: estaria, eu, um homem cisgênero, autorizado a falar sobre o cuidado à saúde das pessoas trans? Foi, nesse turbulento percurso, em que me deparei com a ideia de “lugar de fala”.

1.2 LUGAR DE FALA

Uma referência importante que me impulsionou na construção deste trabalho está diretamente relacionada à ideia de “lugar de fala”. Não tenho a ambição de teorizar a fundo sobre esse termo complexo, que tem sido bastante utilizado nos debates contemporâneos. Trazer algumas noções defendidas por certos autores, no entanto, foi necessário para eu pudesse me posicionar em relação à minha própria intenção de investigação. O meu esforço, nesse sentido, foi tentar precisar alguns motivos pelos quais tanto pessoas trans quanto cisgênero devem se sentir à vontade para pesquisar a respeito das questões de gênero e, ao mesmo tempo, localizar qual o espaço que o próprio pesquisador ocuparia nessa discussão.

Pensar o lugar de fala seria refutar, preliminarmente, a historiografia tradicional e a hierarquização dos saberes que decorrem da própria hierarquia social (RIBEIRO, 2017). A definição de lugar de fala no campo da comunicação, segundo Amaral (2005), seria um:

Instrumento teórico-metodológico que cria um ambiente explicativo para evidenciar que os jornais populares ou de referência falam de lugares diferentes e concedem espaços diversos a falas das fontes e dos leitores (AMARAL, 2005, p.105).

Ainda que o lugar social que ocupamos não determine uma consciência discursiva sobre ele mesmo, ele nos faz ter experiências e perspectivas diferentes sobre um mesmo objeto (RIBEIRO, 2017). Na pesquisa qualitativa – como em qualquer outra pesquisa? –, é legítimo reconhecer que múltiplos elementos atravessam o campo de interação entre o pesquisador e o seu foco de estudo. O interesse no tema proposto, nesse caso, se dá de uma forma absolutamente particular e subjetiva. Pensar no lugar de fala de cada um seria, nesse sentido, uma via para entender que pessoas diferentes ocuparão lugares diversos dentro de uma mesma discussão. Como adverte a filósofa Djamila Ribeiro, no seu livro “O que é lugar de fala”, é preciso ter cuidado para não incorrer no equívoco recorrente de confundir “lugar de fala” com “representatividade”:

Uma travesti negra pode não se sentir representada por um homem branco cis, mas esse homem branco cis, pode teorizar sobre a realidade das pessoas trans e travestis a partir do lugar que ele ocupa. Acreditamos que não pode haver essa desresponsabilização do sujeito do poder. A travesti negra fala a partir de sua localização social, assim como o homem branco cis. Se existem poucas travestis negras em espaços de privilégio, é legítimo que exista uma luta para que elas, de fato, possam ter escolhas numa sociedade que as confina num determinado lugar, logo é justa a luta por representação, apesar dos seus limites (RIBEIRO, 2017, p. 83).

A filósofa ainda ressalta:

Quando falamos de direito à existência digna, à voz, estamos falando de locus social, de como esse lugar imposto dificulta a possibilidade de transcendência. Absolutamente não tem a ver com uma visão essencialista de que somente o negro pode falar sobre racismo, por exemplo (RIBEIRO, 2017, p. 64).

Sendo assim, entendo que, como homem cisgênero, jamais poderei falar o que sente e como sente uma pessoa transgênero, pois, embora a empatia esteja fortemente presente, o lugar que ocupo é distinto⁴. Tendo isso em mente, meu lugar de fala nessa discussão é o do profissional que presta assistência a pessoas trans em um ambulatório especializado, e que tem o que dizer a respeito de como tem sido a assistência à saúde desses indivíduos; para além disso, ocupo o lugar de fala de uma pessoa afetivamente envolvida, no campo pessoal, na luta pelos direitos LGBT⁵.

Quando abordamos a questão do lugar de fala e a pesquisa em estudos de gênero, é imprescindível abordar a pouca representatividade de pessoas trans no meio acadêmico até o momento – realidade que, apesar de vir mudando nos últimos anos, às custas de muita mobilização e luta da população trans, ainda está longe do ideal⁶. Segundo dados da Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil (ANTRA), estima-se que 13 anos de idade seja a média em que Travestis e Mulheres Transexuais são expulsas de casa pelos pais. Uma das repercussões disso seria o dado de que cerca de 0,02% dessa população

⁴ Nesse contexto, é fundamental também que homens cisgêneros estudem as cisgeneridades e masculinidades (RIBEIRO, 2017).

⁵ A sigla LGBT é a utilizada oficialmente pelo Ministério da Saúde, até a data desta pesquisa para se referir às pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em suas publicações, e, por isso, é a sigla adotada neste trabalho, por questões de ordem prática de reconhecimento. Entretanto, considera-se a importância em se fazer menção às outras expressões de gênero não citadas na sigla LGBT, presentes em siglas apresentadas de forma geral por entidades representativas, algumas vertentes acadêmicas e movimentos sociais, entre outras entidades (como, por exemplo, a sigla LGBTQIA+, em que, além das designações já citadas, aparecem como menções à parte *Queer*, Intersexuais, Assexuais e o símbolo “+” sinalizando outras formas de expressão de gênero/orientação), a fim de lembrar de todas as outras possibilidades dentro de um amplo espectro e assim contemplá-las, entendendo que as identificações e nomenclaturas também são processos em construção.

⁶ Para a construção desta pesquisa de mestrado, foram consultadas importantes referências de pesquisadoras e pesquisadores transexuais, tanto do ponto de vista dos estudos de gênero e estudos LGBTQIA+ quanto da saúde coletiva, como se verá no corpo do texto. Quando dizemos da representatividade ainda modesta de pessoas trans no meio acadêmico, estamos apontando para a desigualdade que assola tal população em termos de dificuldade no acesso à educação em geral, sem deixar de destacar a qualidade da produção científica atual de pesquisadoras e pesquisadores transgêneros.

(travestis e mulheres trans) estão na universidade, 72% não possuem o ensino médio e 56% o ensino fundamental (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020). Uma hipótese contundente da ANTRA é a de que isso se deve em grande parte ao processo de exclusão escolar, o que gera maior dificuldade de inserção no mercado formal de trabalho e dificuldade na qualificação profissional. Para romper com essa realidade, toda uma cadeia de privilégios e de instituições de poder precisa ser interrompida e repensada, e é dever de todos avaliar a responsabilidade que cada um de nós carrega nessa situação.

Ao me engajar neste trabalho, me esforço para manter tal questionamento vivo, tentando não só fazer com que as vozes dessas pessoas sejam escutadas, mas também me inserindo em processos de responsabilização e de mudança na realidade social dessa população. Como profissional de saúde, integrante das atividades do Ambulatório de Atenção à Saúde de Pessoas Transexuais e Travestis do Hospital Eduardo de Menezes – conhecido também como ambulatório Anyky Lima⁷ –, busco atuar dentro de uma ética fora do marco patológico de forma a fomentar não só maneiras mais dignas de cuidado, mas também espaços onde o conhecimento possa ser questionado e subvertido. Diante do aumento da procura de residentes de psiquiatria para me acompanhar em estágios optativos, além das iniciativas dos programas de especialização médica para formalização dessas articulações, fico otimista quanto à formação dos futuros psiquiatras nessa área. Creio que isso é um passo fundamental para mudanças no cenário de vida das pessoas trans. Entre avanços, resistências e retrocessos, sigo em formação.

Não foi por acaso que acabei ingressando no Mestrado de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais. Diante das minhas inúmeras questões, o projeto de pesquisa que propus se inscreveu em uma linha intitulada como “As múltiplas faces da violência e seu impacto para a saúde das pessoas e populações”. A ideia foi (re)construir, a partir da metodologia de Itinerários Terapêuticos, os trajetos de populações trans

⁷ Anyky Lima é uma ativista pelos direitos das mulheres transexuais e travestis, que atualmente auxilia esse grupo de mulheres em situação de exclusão social, na cidade de Belo Horizonte. Nascida no Rio de Janeiro e hoje com 63 anos de idade, participa ativamente das construções do Ambulatório Trans. A homenagem a uma mulher trans em vida aos 63 anos é um ato simbólico do ambulatório para reforçar a luta pelos direitos dessa população. Segundo a ANTRA (2020), a expectativa de vida de uma mulher trans no Brasil é de 35 anos de idade.

na busca pelo cuidado. Procurei, nesse sentido, compreender de que modo as pessoas trans acessam a saúde no Estado de Minas Gerais, em suas dimensões formais e informais, entendendo que vivemos em um país onde a violência contra pessoas LGBT ainda existe de forma contundente, dentro de uma lógica de discurso cisnormativa e de rechaço à diferença. Como se trata de uma população vulnerável – que sofre várias formas de violência e exclusão social – me pareceu fundamental conhecer como acontecem as diversas estratégias de cuidado, assim como a acessibilidade aos diversos serviços formais da rede pública de saúde. O campo escolhido para essa investigação foi o Ambulatório Trans⁸, não só por ser o meu local de trabalho, mas também pela facilidade de acessar pessoas que, na maioria das vezes, não estão circulando pelos serviços de saúde.

1.10 ACESSO DAS PESSOAS TRANS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: DESAFIOS, DIFICULDADES E IMPEDIMENTOS

De acordo com o artigo 2º da Lei 8080 de setembro de 1990, que dispõe sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. O SUS apresenta alguns princípios doutrinários que norteiam sua prática, definidos pelo Ministério da Saúde como:

- **Universalização:** a saúde é um direito de todos e cabe ao Estado assegurá-lo. O acesso às ações e serviços deve ser garantido independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

- **Integralidade:** o princípio considera que é importante atender a todas as necessidades, considerando as pessoas como um todo. É importante a integração de ações em seus diferentes estágios, incluindo a promoção da

⁸ Apesar de ter sido batizado com dois nomes – Ambulatório de Atenção à Saúde de Pessoas Transexuais e Travestis do Hospital Eduardo de Menezes e Ambulatório Trans Anyky Lima (em diferentes datas comemorativas de aniversários do ambulatório, a saber, no aniversário de dois anos e no de um ano, respectivamente) – o termo pelo qual os usuários e usuárias se referem ao serviço de forma quase unânime é Ambulatório Trans. Dessa forma, Ambulatório Trans será, aqui, uma categoria nativa.

saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Esse princípio pressupõe ainda a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação que seja intersetorial.

- **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Todas as pessoas possuem direito aos serviços, como versa o princípio da universalização, mas as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. O princípio da equidade significa, classicamente, tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Trata sobre reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade.

Na realidade, no entanto, a ocorrência de práticas em sintonia com tais princípios pode ser questionada em vários aspectos, sobretudo quando se trata de populações específicas como, por exemplo, a população trans. Refiro-me, em tal caso, não só ao grupo composto pelas pessoas que se identificam como transgêneras – como, por exemplo, mulheres transexuais, travestis e homens transexuais -, mas também àquelas que não se enquadram no modelo hegemônico, binário, cis e heteronormativo⁹ que impõe certa maneira de se vivenciar o gênero, a sexualidade e o desejo. Tais experiências, embora tenham ganhado certa visibilidade no contemporâneo, não se constituem como um novo fenômeno, e sim algo que faz parte da própria existência humana, com toda sua complexidade, através dos tempos. Registros sobre as identidades trans aparecem em diferentes culturas das mais variadas formas. Conhecer o histórico dos olhares sociais para as experiências trans – algo que será pormenorizado a *posteriori* – é fundamental para abordar o ponto de principal interesse deste estudo: como tem sido construída a procura do cuidado à saúde de pessoas trans na atualidade?

Sabemos que essas pessoas, por subverterem as “normas de gênero” (BUTLER, 2003), são estigmatizadas e rechaçadas em diversos espaços

⁹ Por modelo cisnormativo e heteronormativo vigente, entende-se a hegemonia das identidades cisgênero – gênero e sexo biológico são síntons – e da orientação heterossexual – desejo afetivo e sexual pelo sexo biológico dito oposto – como únicas formas reconhecidas de se viver o sexo, gênero, prática sexual e desejo. Segundo Judith Butler (2003), a heterossexualização do desejo requer e produz oposições assimétricas e diferentes entre feminino e masculino, sendo meramente como expressões de “macho” e “fêmea”.

sociais, incluindo serviços de saúde. O acesso, quando se dá, é marcado por dificuldades e entraves que prejudicam o cuidado à saúde¹⁰ e fomentam iniquidades que contribuem para o aumento da vulnerabilidade dessa população e repercute diretamente em sua saúde (WHITEHEAD et al, 2016). A violência institucional se constitui, nesse caso, como importante barreira a esse acesso (JOINT COMMISSION, 2011), embora nem sempre fique evidente como isso ocorre em contextos específicos e quais são seus efeitos subjetivos na perspectiva dessas pessoas.

Vale ressaltar que a violência institucional é aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Ainda, segundo o Ministério da Saúde,

Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional. Esta violência pode ser identificada de várias formas: Peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência; maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo questões de raça, idade, *opção sexual* [sic, grifo do autor], gênero, deficiência física, doença mental; violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas (HIV), quando estão grávidas ou desejam engravidar); desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico; violência física (por exemplo, negar acesso à anestesia como forma de punição, uso de medicamentos para adequar o paciente a necessidades do serviço ou do profissional, entre outros); detrimento das necessidades e direitos da clientela; proibições de acompanhantes ou visitas com horários rígidos e restritos; críticas ou agressões dirigidas a quem grita ou expressa dor e desespero, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo informações e buscando condições que lhe tragam maior segurança do atendimento ou durante a internação; diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência. Por exemplo, quando uma mulher chega à emergência de um hospital com "crise histérica" e é imediatamente medicada com ansiolíticos ou encaminhada para os setores de psicologia e psiquiatria, sem sequer ter sua história e queixas registradas adequadamente. A causa de seus problemas não é investigada e ela perde mais uma chance de falar sobre o que está acontecendo consigo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

¹⁰ Segundo Demétrio et. al (2019), a expressão 'Cuidado a saúde' se refere a uma atenção à saúde interessada no sentido existencial da experiência humana: não estamos focados apenas no adoecimento, físico ou mental dessa população, mas, também, nas práticas de promoção e proteção à saúde.

Nos perguntamos, nesse sentido, como esse fenômeno acontece no processo de busca pelo cuidado na perspectiva de pessoas trans? Quais os desafios e estratégias usadas por essas pessoas para conseguirem acesso à saúde? A rede assistencial está, de fato, preparada para atender às especificidades dessa população? Como se dá o cuidado, de maneira institucional, à população que se identifica como trans, no âmbito do SUS? E fora dele?

Segundo Borba (2014), a Resolução 1.482 do Conselho Federal de Medicina (CFM), de 1997, foi o marco em que a transexualidade passou a ser uma questão central nas discussões sobre políticas públicas de saúde para a população LGBT no Brasil, na esfera Federal. Foi também com essa resolução que a pauta ganhou mais força nas agendas de movimentos sociais organizados, pesquisadores/as das ciências médicas e sociais e indivíduos transexuais (BORBA, 2014), apesar de a discussão já ser bem mais antiga. Posteriormente, seguiram-se as Resoluções 1.652/2002 e 1.955/2010 do CFM e a Portaria 1.707/2008, que permitiram a organização de diversos serviços assistenciais multidisciplinares voltados à população trans, a última sendo a Portaria que instituiu o Processo Transexualizador no âmbito do SUS, isto é, formalizou como seria o cuidado a esse grupo populacional.

Para entender os equívocos históricos presentes nas resoluções e portarias, basta localizarmos o trecho da Resolução 1.955/2010 do CFM, que revoga a de 1997, que diz que “o paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio”. Isso significa que uma Resolução feita pelo Conselho Federal de Medicina, 13 anos depois da primeira Resolução, ainda estava claramente utilizando de uma visão das experiências trans como algo patológico.

Assim, percebe-se que embora as resoluções do CFM surjam para regulamentar a prática médica relacionada aos cuidados à saúde de pessoas trans, historicamente a forma com a qual se aborda o tema é repleta de

equivocos e expressões que reforçam o pensamento patologizante ¹¹. A Resolução 1955/2010 incorre em outros erros graves, como, por exemplo, no trecho em que diz que “a transformação da genitália constitui a etapa mais importante no tratamento de pacientes com transexualismo” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010). Além de utilizar o sufixo *ismo*, que alude a patologia, para se referir às experiências trans, o documento limita o “tratamento” ¹² a essa população às intervenções corporais, colocando os procedimentos cirúrgicos como o centro da abordagem à saúde de pessoas trans, como se a anatomia fosse sempre o destino – o que já sabemos não ser verdade (MACEDO, 2016). Por fim, a resolução insere, dentro dos critérios para transexualismo, a “ausência de outros transtornos mentais” (sic, grifo do autor), deixando bem nítida a visão da não conformidade de gênero ainda dentro do campo das patologias.

Para substituir a Resolução 1955 de 2010, em janeiro de 2020 entrou em vigor a Resolução 2265, de setembro de 2019, que dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com “incongruência de gênero” ou “transgênero” e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Tal documento, inicialmente, traz mudanças que podem indicar algum avanço sobre a compreensão das experiências trans. Por exemplo, o trecho sobre o desvio psicológico permanente é retirado e há mais cuidado com algumas expressões patologizantes da resolução anterior – as palavras transexualismo e transgenitalismo, por exemplo, são removidas; em lugar delas, há o termo transgênero; a palavra “distúrbio” e a expressão “outras doenças” também são removidas; a ideia de que as pessoas trans teriam “tendência à automutilação a/ou autoextermínio” também é retirada do texto. Além disso, há algumas mudanças em questões operacionais no que diz respeito às intervenções corporais. A idade mínima para uso de hormonização

¹¹ Em seus estudos, Judith Butler (2003) mostra que as descontinuidades entre sexo, gênero e orientação sexual, numa sociedade em que ainda impera a lógica binária, entram tradicionalmente no campo da ininteligibilidade ou do patológico. Assim, há uma série de atos performativos que enunciam os gêneros, e forjam dispositivos de controle e regulação que irão definir os sujeitos como inteligíveis ou não inteligíveis pela via de uma matriz de inteligibilidade de gênero. Aos sujeitos ininteligíveis, considerados “corpos abjetos”, são atribuídas patologias das mais diversas, o que chamamos de patologização das identidades trans. A patologização dessas identidades é uma questão que envolve várias relações de poder (PRADO, 2018): da medicina sobre o corpo, da lei sobre o direito, do poder cisgênero sobre a experiência trans.

¹² A palavra tratamento encontra-se aqui entre aspas por sabermos que a identidade de gênero trans, por si só, não é algo passível de tratamento, por não se tratar de patologia.

cruzada¹³ cai de 18 para 16 anos, e para intervenções cirúrgicas cai de 21 para 18 anos. Outra mudança é que o tempo mínimo de acompanhamento em ambulatório especializado para encaminhamento aos procedimentos cirúrgicos é reduzido de dois para um ano. No entanto, é importante ressaltar que essa resolução está longe de tratar as identidades trans com a atenção e o cuidado que são necessários. Um dos pontos de maior desconforto vem em outras terminologias da Resolução. Podemos citar o exemplo das travestis, que são definidas da seguinte forma: “Considera-se travesti a pessoa que nasceu com um sexo, identifica-se e apresenta-se fenotipicamente no outro gênero, mas aceita sua genitália” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Como se discutirá quando abordarmos as principais definições no campo de variabilidade de gênero, o que distingue uma mulher transgênera como transexual ou travesti está longe de ser o nível de desconforto com a sua genitália. Segundo Matos *et. al.* (2020), há, nesse ponto, uma pressuposição do desejo sobre seus genitais – as pessoas transexuais, como fica subtendido, não aceitariam as suas genitálias, enquanto as travestis, por sua vez, aceitariam. Sabe-se das numerosas experiências que não se enquadram nessa definição com relação ao incômodo ou não com a genitália para definir se uma pessoa seria uma mulher transexual ou travesti. Cabe ainda ressaltar o fato de que a identidade de gênero é autodeclarada, algo que as pessoas que nascem com o gênero em conformidade com o sexo biológico, isto é, as pessoas que não são trans, já sabem há muito tempo, pois sua identidade de gênero sempre foi autodeclarada, e nunca questionada.

Outras críticas à Resolução atual levantadas seriam as de que: (1) colocasse que o psiquiatra deveria indicar a psicoterapia, quando necessária; (2) o psiquiatra seria o profissional a ter o poder de definir elegibilidade dos procedimentos envolvidos na atenção à saúde de pessoas trans, segundo a resolução; (3) o documento aborda a questão da maior vulnerabilidade a

¹³ Hormonização cruzada é o termo médico utilizado para se referir ao uso de hormônios femininos por quem nasceu com um sexo biológico masculino e ao uso de hormônios masculinos por quem nasceu com um sexo biológico feminino. Utiliza-se esse termo, por exemplo, para diferenciar do uso de hormônios no bloqueio da puberdade, em adolescentes trans, que não se trata de administrar estrógenos ou testosterona, e sim análogos do hormônio GnRH, para impedir que o indivíduo apresente caracteres sexuais secundários que não estão em sintonia com seu gênero. Os termos estão presentes aqui por uma questão de uso. No Ambulatório Trans, normalmente utilizamos a expressão Apoio Hormonal.

condições de saúde mental da população trans, mas não especifica a respeito da violência cotidiana a que essa população é sujeita de forma contundente historicamente, e que nos permite entender o motivo dessa maior incidência; entre outros pontos. Nesse cenário, o Conselho Federal de Psicologia já vem há vários anos avaliando as resoluções e portarias e denunciando equívocos e considerações patologizantes no processo; diferentemente de outros países em que normalmente são os profissionais das Ciências Sociais que se engajam na causa juntamente com os ativistas, no Brasil os Conselhos de Psicologia sempre tiveram protagonismo.

Em que pesem as críticas, resta-nos ficar atentos para os efeitos dessa Resolução no campo da Saúde Coletiva. Afinal, sabemos que as diretrizes do Conselho Federal de Medicina (CFM) ditam, em muitos aspectos, a maneira como serão construídas as políticas públicas desse campo. Um breve exame das portarias do Ministério da Saúde (MS) deixa isso mais evidente. Profissionais médicos e não-médicos (ou seja, não vinculados ao CRM) utilizam as Portarias para desenvolver suas ações (TEIXEIRA, 2009), e tais normativas são baseadas, muitas vezes, nas Resoluções desse Conselho. Por exemplo, a Portaria GM/MS nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que definia as Diretrizes Nacionais para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (a primeira Portaria criada para esse fim), surgiu dentro do marco patológico e seguia a Resolução do CFM de 2002. A partir disso, segue-se a Portaria 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde, com as seguintes diretrizes,

I - Integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas;

II - Trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional;

III - Integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais

usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção.

Essa Portaria, construída a partir, dentre outros, do princípio da equidade, entra como um importante mecanismo de garantia de assistência a uma população com necessidades específicas. Vê-se avanços, mas tudo isso ainda se insere numa lógica muito distante da ideal.

O acesso à saúde por pessoas trans segue sendo marcado por diversas barreiras e desafios. Entender como se dá esse acesso é, nesse sentido, um passo fundamental para que, a partir dessas informações, possamos melhorar a efetivação das políticas públicas, assim como a qualidade do cuidado a essa população. Em meu estudo, buscarei conhecer exatamente como essas pessoas procuram formas de resolução de suas questões relativas à saúde. Estamos, nesse caso, interessados no cuidado em saúde de forma ampla, incluindo serviços formais e informais e abarcando desde questões simples como a procura (ou não) da Unidade Básica de Saúde em episódios de infecções de vias áreas superiores, por exemplo, até o acesso a apoio hormonal e encaminhamento à cirurgia de redesignação sexual no âmbito do SUS.

Ainda não sabemos quais serão as repercussões na portaria do Ministério da Saúde diante da mudança da Resolução do CFM, fato que poderá ser esclarecido posteriormente com outras investigações. Mas, antes de mais nada, é importante conhecermos os processos sócio-históricos e as diferentes perspectivas que fundaram a categoria genérica e polimorfa conhecida como “transexualidade”.

2 APROPRIAÇÃO DAS IDENTIDADES TRANS PELO DISCURSO MÉDICO

2.1 CONSTRUÇÃO DO MARCO PATOLÓGICO

Há relatos desde a mitologia greco-romana de pessoas que se vestiam de forma regular ou definitiva com os atributos do gênero diferente daquele designado ao nascer. Não podemos perder de vista o fato de que os relatos históricos são carregados de simbologias e mitos, e de que os contextos são muito diferentes ao longo do tempo. Leite Jr (2008), em uma extensa revisão sobre os aspectos históricos dos conceitos referentes às experiências trans¹⁴, sinaliza que o hermafrodita ou andrógino, que atravessa toda a cultura da Antiguidade ao século XVIII, seria o grande prodígio sexual que gradualmente cresce em importância e influência até o surgimento da “ciência sexual” no século XIX. Em termos de figuras emblemáticas, são citados o Abade de Choisy e o Cavaleiro de Eron (CECCARELLI, 2017), por exemplo, como pessoas com questões quanto ao sexo biológico e sua expressão de gênero. O relato “uma mulher no corpo de um homem” é descrito em algumas tribos de diferentes partes do mundo¹⁵ (CECCARELLI, 2017).

É fato que os registros históricos sobre personagens célebres que apresentavam variabilidade de gênero são pobres em detalhes, o que muitas vezes limita uma real dimensão das identidades trans ao longo da história. Mas é a partir dos séculos XIX e XX que começa a haver mais registros sobre tais identidades, quando elas adentram o campo biomédico: inicia o interesse da ciência em investigar o “fenômeno transexual”. As identidades de gênero fora do modelo cisnormativo saem de um certo anonimato para adentrar no campo médico, o que – apesar de importante sob a ótica histórica, por se atingir um outro nível na discussão sobre identidade de gênero – culmina com a patologização de tais expressões, hoje muito discutida.

¹⁴ Para uma revisão mais extensa sobre o tema, ver a Tese de Doutorado em Ciências Sociais pela PUC-SP “Nossos corpos também mudam”: sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico, de Jorge Leite Júnior (2008).

¹⁵ A ideia de “corpo certo” e “corpo errado” seria mais uma repercussão social da matriz de inteligibilidade de gênero (BUTLER, 2003), estudada adiante nesta pesquisa.

Se no século XXI cresce a discussão sobre a despatologização¹⁶ das identidades trans – estamos em um outro momento na abordagem de questões de gênero –, entende-se que historicamente houve um período de patologização das mesmas: por muito tempo, o interesse da ciência era mais voltado a descrições e classificações, tomando como pressuposto universal a cisgeneridade e a heterossexualidade. Todas as tentativas de entendimento por parte da ciência nos séculos XIX e XX tomam por referência de normalidade os indivíduos que vivenciam de forma contínua o sexo, gênero e desejo. Dessa forma, as variadas formas de se vivenciar a sexualidade já entram no discurso por meio de um olhar enviesado. Isso começa ainda no fim do século XIX e tem seu auge com a evolução dos manuais diagnósticos. Michel Foucault (2018) aponta que no período que sucede a Idade Moderna ocorre uma explosão discursiva a respeito do sexo. Nessa época começa a ser constituída uma aparelhagem para a produção de discursos sobre o sexo cujo objetivo era dominar os corpos. Foucault destaca que mecanismos negativos relacionados à interdição do sexo – recusas, censuras, proibições e negações – estiveram presentes, mas eles não eram os elementos constituintes das transformações discursivas que ocorreram na época. Os elementos centrais, na verdade, eram as técnicas móveis, polimorfos e conjunturais de poder¹⁷ que, em suas vertentes produtivas, fundavam uma lógica que possibilitava o controle do tecido social. Uma das repercussões mais importantes desse processo foi uma espécie de extensão dos discursos biológicos e fiscalistas para o próprio campo do político, que ele nomeou como **biopolítica**. Dessa forma, podemos apontar alguns expoentes históricos das teorizações sobre a transexualidade nos séculos XIX e XX, tendo em vista que, mesmo com teorias muito diferentes, todos eles partem da cisgeneridade e heterossexualidade como imperativos de normalidade. Descrever cada uma dessas teorizações¹⁸ é interessante porque elas,

¹⁶ Despatologizar seria desclassificar e desconstruir pensamentos, atos, olhares, escutas e sentimentos (PRADO, 2018). Tem o sentido de desclassificar e desconstruir qualquer fixação associada a uma suposta patologia de gênero. Ainda segundo esse autor, considerando a escuta como um ato desclassificatório importante, despatologizar tem o sentido prático de dar lugar para a voz do outro, ao mundo do outro.

¹⁷ Foucault (2018) define poder como sendo algo que “se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis” (p.102), tendo um papel eminentemente produtivo.

¹⁸ As teorizações expostas estão na ordem cronológica em que passaram a ser relevantes no discurso médico.

finalmente, revelam como se dá o processo de patologização através da aliança entre poder e saber:

- Richard Von Krafft-Ebing (1840 – 1902): As primeiras discussões no campo da ciência ocorrem com o psiquiatra alemão, que publicou, em 1886, sua obra seminal, conhecida como “Psychopathia Sexualis”. Em algumas passagens de seu livro, há descrições de pessoas com incongruência entre o sexo biológico e o gênero com o qual se identificavam. Podemos dizer, nesse contexto, que Krafft-Ebing funda a narrativa sobre a “psicopatia sexual”.

- John Money (1921 – 2006): Psicólogo neozelandês, preconizava uma separação entre o “sexo real” – ancorado na biologia e na “natureza” – e o registro subjetivo do gênero, estabelecido através das influências culturais e educação (ARÁN *et. al.*, 2008). Acreditava que seria possível desenvolver a identidade de gênero de uma pessoa a partir de estímulos com base no papel social de gênero: por meio do reforço de um determinado papel de gênero para uma criança, poderia se construir seu gênero; no entanto, seu caso mais famoso, o caso John/Joan, teve o desfecho extremo do suicídio do indivíduo acompanhado, abrindo uma série de questionamentos para o caráter determinista de suas teorias (BUTLER, 2004). De fato, se Krafft-Ebing insere as experiências trans no discurso a partir da visão de uma patologia sexual, Money cria uma teoria francamente determinista, com papéis de gêneros rígidos e bem definidos, em que a enunciação de atos performativos impera sobre a subjetividade de forma devastadora.

- Harry Benjamin (1885 – 1986): Endocrinologista alemão que atuava na área da sexologia. Os seus trabalhos a respeito da transexualidade sinalizavam que a cirurgia de redesignação sexual, que ainda não era chamada dessa forma, seria o **tratamento**¹⁹ possível para as pessoas trans, que chamava de “transexuais verdadeiros”. Supôs que a discordância entre o sexo e o gênero seria resultado de uma variação biológica, e que assim a psicoterapia não seria capaz de resolver a questão (AMARAL, 2011). O médico pronuncia a palavra

¹⁹ A palavra é destacada para reforçar a patologização das identidades trans implícita, mas existente, à época.

Transexualismo pela primeira vez em 1953, em uma conferência na Academia de Medicina de Nova York. Harry Benjamin publicou vários artigos sobre medicina sexual, e teve seu livro *The Transsexual Phenomenon*, publicado em 1966, até hoje citado como referência histórica nesse percurso das experiências trans pelo saber médico. Teve sua contribuição para a ciência ao reconhecer tais identidades como algo real, concreto. Porém, o seu conceito de “transexual verdadeiro” cria ainda uma normatização das performances trans que é muito delicada. Para o endocrinologista, haveria um espectro com relação à identidade de gênero, uma classificação que variaria do “pseudotransexual” ou “transexual verdadeiro”. Assim, a identidade de gênero não seria autodeclarada, e sim diagnosticada. A obra do médico mostra-se como um mecanismo performativo que serve de guia na produção dos critérios nos manuais diagnósticos utilizados na contemporaneidade (BORBA, 2014). Ainda hoje é comum em alguns serviços de atenção à saúde de pessoas transexuais a busca por um diagnóstico, como se houvesse uma maneira “correta” de vivenciar a experiência trans, resquício dessa visão biologicista do gênero. Assim, ocorre a fundação da narrativa do “corpo errado”. Isso repercute ainda na própria maneira com a qual as pessoas que procuram esses serviços enunciam suas vivências, uma vez que há uma normatividade na forma com que elas devem se expressar, mais uma vez, excluindo a subjetividade. O diagnóstico médico ganha o poder de legitimar a identidade transexual (TEIXEIRA, 2009). As pessoas trans muitas vezes acabam reivindicando o diagnóstico, com diversos atos performativos que objetivam a adequação a um *script* (TEIXEIRA, 2009; BORBA, 2014). Enquanto com Money a perda da subjetividade ocorre a partir de uma normatização dos papéis de gênero, aqui ocorre a partir de uma “biologização” do gênero.

- Robert Stoller (1924 – 1991): psiquiatra e psicanalista²⁰, descreveu e teorizou a respeito da experiência transexual. Segundo Arán *et. al.* (2008), a definição de *transexualismo* para Stoller se basearia principalmente em três aspectos:

²⁰ Quanto à psicanálise, vive-se, atualmente, um momento de avanço para repensar o lugar das identidades trans dentro desse saber, mas nem sempre foi assim: se o saber biomédico tem uma responsabilidade sobre os equívocos históricos quanto à transexualidade, a psicanálise também tem a sua parcela. Esse desconforto com relação ao lugar das identidades trans no saber psicanalítico tradicional – passando muitas vezes por colocações estruturais na ordem da psicose, por exemplo, em alguns períodos – foi explicitado pelo filósofo espanhol Paul B. Preciado na sua intervenção na 49ª Jornada da Escola Da Causa Freudiana, em 17 de novembro de 2019. Além das críticas, o filósofo apontou, entre outros aspectos, a perspectiva de

(a) sentimento de identidade permanente, crença numa essência feminina sem ambiguidades (no caso das mulheres trans);

(b) uma relação com o pênis vivida “como horror”, não existindo nenhuma forma de investimento libidinal;

(c) uma especificidade na relação com a mãe, chamada por Stoller de simbiose. Porém, Stoller ressaltaria que tal relação com a mãe não poderia ser considerada psicotizante, porque a capacidade de integração social das pessoas trans permanece intacta.

Assim, cada teoria propõe um olhar distinto e a inserção das identidades trans no discurso a partir de uma abordagem diversa. No entanto, todas elas traziam elementos que reforçam a cisgeneridade como o referencial de normalidade. Isso repercute no rechaço à diferença no campo das sexualidades ainda nos dias de hoje.

Em 1952, ocorre na Dinamarca o que grande parte da comunidade acadêmica considera a primeira redesignação sexual. A cirurgia foi realizada sob o comando do médico Christian Hamburger. A mulher trans em questão, submetida à cirurgia, era Christine Jorgensen²¹, de 24 anos. O acontecimento, que marca o nascimento do fenômeno da transexualidade na nossa era (ARÁN, 2008), é considerada a primeira cirurgia, por ter sido o primeiro procedimento cirúrgico combinado com tratamentos hormonais e acompanhamento pós-operatório prolongado oficialmente comunicado.

Segue-se, então, no século XX, o crescimento da importância dos manuais diagnósticos na Medicina: os mais presentes na prática clínica ocidental, em termos de saúde mental, são a Classificação Internacional de Doenças (CID)²², da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria (APA). Em uma análise preliminar, podemos localizar

que “a epistemologia da diferença sexual está em mutação, e vai ceder lugar, provavelmente durante os próximos dez ou vinte anos, a uma nova epistemologia” (PRECIADO, 2019).

²¹ Christine só passou a ter esse nome depois da cirurgia; antes disso, utilizava seu nome de registro e era tratada como um homem cisgênero.

²² No Brasil, o manual utilizado de maneira oficial é a Classificação Internacional de Doenças, CID. O DSM é restrito às condições de sofrimento mental, enquanto a CID não. Nela, ocorre a classificação de doenças de todos os sistemas do corpo humano, que são separados por capítulos. Quando abordo a CID, neste trabalho, de uma maneira geral me refiro ao capítulo de agravos relacionados ao funcionamento psíquico.

os termos utilizados para descrever as pessoas trans ao longo do tempo, dotados do sufixo *ismo*, usado para determinar patologia, e com descrições bastante controversas: CID-8 (1965): Tranvestismo; CID-9 (1975): Transsexualismo; CID-10 (1990): Transexualismo (F64.0). No entanto, tais classificações são somente a repercussão mais superficial, em termos de nomenclatura, para uma questão que é muito mais profunda: a patologização se faz presente na classificação, na descrição, no enquadramento das experiências trans como transtornos de identidade sexual. A própria lógica de que as identidades de gênero que não estão em continuidade com o gênero designado seriam algo passível de diagnóstico, já permite que observemos a relação com o marco patológico. Tal classificação das identidades trans requer diagnósticos diferenciais realizados por profissionais especializados, e isso exclui a possibilidade de participação ativa das pessoas trans no processo, constituindo muito mais um regime jurídico de autorização do que um regime de reconhecimento (SUESS, 2012).

A CID-11, com entrada em vigor prevista para 1º de janeiro de 2022, retirou a transexualidade do capítulo de transtornos mentais e apresenta o termo incongruência de gênero, no capítulo de questões relacionadas à saúde sexual. Vinte e oito anos separam a CID-10 e a CID-11. A incongruência de gênero²³, assim, ainda está presente em uma classificação de doenças, ainda que no capítulo de questões relacionadas à saúde sexual. E as experiências trans estariam de fato dentro das questões relacionadas à saúde sexual? Paradoxalmente, outro questionamento pode ser feito: considerar que existe uma incongruência de gênero seria patologizar as identidades trans ou seria legitimar a existência de um grau de sofrimento em pessoas que se identificam fora de um discurso binário de gênero? É adequado considerar que a existência

²³ A definição da APA de incongruência de gênero aponta para a discordância entre o gênero identificado e o sexo do indivíduo. Quando citamos o exemplo de termos como disforia e incongruência, é importante ressaltar que a terminologia nesse campo é algo dinâmico, e que o objetivo aqui seria mais contextualizar a respeito da existência de tais expressões. Entende-se que a escolha dos termos mais adequados é algo que se transforma à medida em que novas observações são feitas, novos estudos surgem, e, sobretudo, à medida que a população trans estabelece o protagonismo nesse campo. Dessa forma, movimentos sociais e de militância apontam muitas vezes para o desconforto que termos consagrados, por vezes, geram, e que os mesmos devem ser substituídos por outros que representem o seu significado de forma mais feliz. Exemplo disso seria o de quando a ANTRA recomendou em sua página na rede social Facebook, no ano de 2019, que se evite o uso do termo afirmação de gênero para se referir à cirurgia de redesignação sexual, pelo risco do entendimento da necessidade de afirmação do gênero com o qual a pessoa trans se identifica. Há críticas também ao termo redesignação sexual.

do diagnóstico de incongruência de gênero dentro do capítulo relacionado a saúde sexual patologiza as experiências trans como um todo ou permite avanços em termos de saúde a partir da identificação de um ponto de sofrimento?

Assim, avançando na abordagem histórica, para Foucault, os séculos XIX e XX foram, no campo da sexualidade, um período de multiplicação: teria sido uma época iniciadora de heterogeneidades sexuais – uma implantação múltipla das “perversões” (FOUCAULT, 2018). O surgimento do sexo no discurso faz com que surja também a distinção dos que podem e os que não podem falar, que tipo de discurso é autorizado ou que forma de descrição é exigida para uns e outros. Foucault contribui com a discussão ao dizer que “não existe um só, mas muitos silêncios e são parte integrantes das estratégias que apoiam ou atravessam os discursos”. Ainda segundo esse autor, em sua História da Sexualidade volume I:

Através de tais discursos multiplicaram-se as condenações judiciais das perversões menores, anexou-se a irregularidade sexual à doença mental; da infância à velhice foi definida uma norma do desenvolvimento sexual e cuidadosamente caracterizados todos os desvios possíveis; organizaram-se controles pedagógicos e tratamentos médicos; em torno das mínimas fantasias, os moralistas, e também e sobretudo, os médicos, trouxeram à baila todo o vocabulário enfático da abominação: isso não equivaleria a buscar meios de reabsorver em proveito de uma sexualidade centrada na genitalidade tantos prazeres sem fruto? Toda essa atenção loquaz com que nos alvoroçamos em torno da sexualidade, há dois ou três séculos, não estaria ordenada em função de uma preocupação elementar: assegurar o povoamento, reproduzir a força de trabalho, reproduzir a forma das relações sociais; em suma, proporcionar uma sexualidade economicamente útil e politicamente conservadora? (FOUCAULT, 2018, p. 40).

De todo modo, como o próprio filósofo alerta, onde há poder, também há resistência. Apresentaremos, a seguir, algumas vozes dissonantes que, ao longo do tempo, começaram, cada uma ao seu estilo, a tensionar esse processo de pedagogização e medicalização da sexualidade. Como veremos, elas são múltiplas e nem sempre antagônicas ao discurso biomédico hegemônico.

2.2 MOVIMENTOS SOCIAIS: ENTRE CONQUISTAS E DISSIDÊNCIAS

Podemos citar o movimento Stop Trans Pathologization, ou STP, como uma das maiores mobilizações internacionais do movimento trans (SUESS, 2012). Trata-se de um movimento ativista internacional, que objetiva incentivar a realização de ações pela despatologização trans pelo mundo. Em outubro de 2009, a campanha STP-2012 foi convocada pela *Red Internacional por la Despatologización Trans*, e a demanda principal era a retirada do “Transtorno de Identidade de Gênero” do DSM e da CID. Desde o ano de 2009, no começo com iniciativa majoritariamente espanhola, a STP vem ampliando as ações nos diferentes continentes. Os manifestos e as representações gráficas da campanha STP-2012 mostram uma variada gama de discursos presentes no movimento trans internacionalmente (SUESS, 2012). A convocatória da STP suscitou grandes debates e mesmo dissidências dentro do movimento trans, pois havia dúvidas sobre se renunciar o *status* de enfermidade implicaria numa perda da garantia da cobertura pública dos procedimentos de redesignação sexual (SUESS, 2012). Andía (2009) alerta para essa questão como um “falso dilema” entre patologização e direitos sanitários, e Missé (2008) aponta que é possível uma legitimação não patologizante da cobertura do processo de redesignação sexual se utilizamos como referência a definição de saúde integral estabelecida pela OMS. Bento (2014) nomeia como “cidadania precária” o ato de reconhecer direitos fundamentais a “conta-gotas”. Ao realizar um reconhecimento de direitos “aos pedaços”, reforça-se um processo de dupla exclusão tanto da cidadania quanto da própria condição de humano. Portanto, a partir de uma virada epistemológica provocada por um novo ativismo, cai o argumento de que seria necessário o uso de certas classificações para assegurar a assistência. Mesmo com tal mudança, Suess (2012) aponta para as dissidências nos movimentos com relação à patologização e à garantia de direitos.

Podemos citar ainda os Princípios de Yogyakarta como uma manifestação de avanço nesse sentido: depois de uma reunião de um grupo de especialistas de 25 países com experiências diversas e conhecimento relevante sobre a legislação de direitos humanos, realizada na Universidade Gadjah Mada, em Yogyakarta, Indonésia, entre 6 e 9 de novembro de 2006, surgiram os Princípios

de Yogyakarta sobre a Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em relação à Orientação Sexual e Identidade de Gênero. Tais princípios questionam o conceito e o tratamento biomédico dados às experiências trans (SUESS, 2012). São colocações feitas no documento (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2006):

Os Princípios de Yogyakarta tratam de um amplo espectro de normas de direitos humanos e de sua aplicação a questões de orientação sexual e identidade de gênero. Os Princípios afirmam a obrigação primária dos Estados de implementarem os direitos humanos. Cada princípio é acompanhado de detalhadas recomendações aos Estados. No entanto, os especialistas também enfatizam que muitos outros atores têm responsabilidades na promoção e proteção dos direitos humanos. São feitas recomendações adicionais a esses outros atores, que incluem o sistema de direitos humanos das Nações Unidas, instituições nacionais de direitos humanos, mídia, organizações não-governamentais e financiadores.

Os e as especialistas concordam que os Princípios de Yogyakarta refletem o estado atual da legislação internacional de direitos humanos relativa às questões de orientação sexual e identidade de gênero. Também reconhecem que os Estados podem ter obrigações adicionais, à medida que a legislação de direitos humanos continue a se desenvolver.

Os Princípios de Yogyakarta afirmam normas jurídicas internacionais vinculantes, que devem ser cumpridas por todos os Estados. Os Princípios prometem um futuro diferente, onde todas as pessoas, nascidas livres e iguais em dignidade e prerrogativas, possam usufruir de seus direitos, que são natos e preciosos.

Em 1979, ocorre a fundação da Associação Internacional de Disforia de Gênero de Harry Benjamin (HBIAGDA), que hoje é conhecida como Associação Profissional Mundial para Saúde Transgênero (WPATH). A WPATH é uma organização profissional e educacional interdisciplinar sem fins lucrativos dedicada à saúde transgênero. Membros profissionais, de apoio e estudantes fazem parte de pesquisas clínicas e acadêmicas para desenvolver medicina baseada em evidências e se esforçam para promover tratamento de qualidade para transgêneros e pessoas em não conformidade de gênero internacionalmente (WPATH, 2012). Uma ressalva importante é a de que tal instituição opera dentro da lógica da incongruência de gênero, a partir de conceitos e definições presentes nos manuais diagnósticos – prova disso é a reiteração das abordagens terapêuticas à incongruência de gênero no centro da discussão dos cuidados à saúde.

No Brasil, o Dia da Visibilidade Trans foi criado em 29 de janeiro de 2004, pelo Departamento DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, e segue havendo comemorações, nesse sentido, no mês de janeiro de cada ano. Em termos institucionais, devemos citar a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) como uma entidade importante na luta por direitos de pessoas trans. A ANTRA é uma instituição brasileira voltada a atender às necessidades da população de travestis e transexuais, bem como a combater a transfobia²⁴. A Associação foi registrada no ano 2000, no estado do Paraná, e recebeu o atual nome de ANTRA em 2002. A ANTRA publica, todos os anos, no dia 29 de janeiro, dia da visibilidade trans, o seu Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras, uma ferramenta de denúncia dos casos noticiados de transfobia com desfecho em assassinato ocorridos no país durante o período de um ano, uma vez que não existem dados governamentais sobre os assassinatos de pessoas trans no Brasil.

É importante ainda ressaltar o fato de o Supremo Tribunal Federal do Brasil, em decisão histórica, ter reconhecido no ano de 2019 a LGBTfobia como crime de racismo nos termos da lei nº 7716/89; ressalte-se que essa decisão é um dos desfechos de toda a mobilização da sociedade civil e movimentos sociais em denunciar a LGBTfobia existente no país e em lutar pelos direitos de tal população; em momento algum na história do país a luta pelas causas das minorias em termos de questões de gênero e orientação sexual teve uma agenda prioritária, que fosse robusta e própria, e nos últimos anos essa pauta passa nitidamente a retroceder devido à posição política do presidente do país eleito no ano de 2018, abertamente LGBTfóbico.²⁵ Segundo a ANTRA (2020), no próximo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que estava programado para acontecer no ano de 2020, mas teve que ser adiado devido à pandemia de Covid-19, não há orientação existente em relação à

²⁴ Transfobia são as atitudes negativas, sentimentos ou ações contra pessoas transgêneras, e pode se manifestar das mais variadas formas, como violência psicológica, moral, física, institucional, entre outras.

²⁵ Um dos exemplos de LGBTfobia propagadas pelo atual presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, antes de ser presidente do país, e então como deputado, pode ser visto nesse vídeo de 2014 da visita de Stephen Fry ao Brasil: <https://www.youtube.com/watch?v=OzFihcveCk4>. Outro exemplo, mais atual, com Jair Bolsonaro já no cargo de presidente, seria o do seguinte tweet – mensagem instantânea curta veiculada na plataforma Twitter – feito pelo próprio presidente, de 16/07/2019, que diz: “A Universidade da Integração da Lusofonia Afro-Brasileira (Federal) lançou vestibular para candidatos TRANSEXUAL (sic), TRAVESTIS, INTERSEXUAIS e pessoas NÃO BINÁRIOS. Com intervenção do MEC, a reitoria se posicionou pela suspensão imediata do edital e sua anulação a posteriori” — Jair M. Bolsonaro (@jairbolsonaro).

população LGBT. Isso ocorre a despeito de ação ajuizada pela Defensoria Pública da União, a partir de pedido protocolar da própria ANTRA. Sabe-se que os dados do IBGE são de importante auxílio na construção de políticas públicas, e que tal recenseamento é feito decenalmente; dessa forma, não colher dados a respeito da real população de pessoas transgêneras no país é um equívoco que adia a possibilidade de intervenções em termos de saúde pública (além de segurança, educação e outros) em no mínimo 10 anos, sendo um impeditivo considerável em termos de avanços sociais.

2.3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PESSOAS TRANS NO BRASIL

Em 1971, o médico Roberto Farina foi o primeiro cirurgião brasileiro de que se tem notícia a realizar uma cirurgia de redesignação sexual (TRINDADE, 2017). A cirurgia aconteceu na cidade de São Paulo, e sete anos depois, Farina foi condenado a dois anos de reclusão. O processo foi movido pelo Conselho Federal de Medicina, com acusação de “lesões corporais graves”, e a alegação de ter infringido o disposto no artigo 129, parágrafo 2º, III, do Código Penal Brasileiro. O cirurgião foi absolvido em grau de recurso posteriormente: a Justiça concluiu que a cirurgia era o único meio de aplacar o sofrimento da pessoa operada. Havia ainda um parecer de junta médica do Hospital das Clínicas de São Paulo favorável à cirurgia. Entendendo que até o ano de 1997 não havia nenhuma política governamental ou qualquer referência institucional aos cuidados à saúde de pessoas trans no país, todas as iniciativas nesse sentido eram feitas de maneira isolada e sem respaldo. E ainda assim, desde a época do médico Roberto Farina, o Brasil oscila entre grandes conquistas dos movimentos sociais e sociedade civil, e retrocessos consideráveis.

Com o surgimento da Portaria 2803, aos poucos, os serviços de atenção à saúde de pessoas trans foram se organizando pelo Brasil. Segundo Saavedra (2019), no ano de 2019, existiam 10 serviços especializados credenciados em funcionamento no país, na modalidade ambulatorial. Sabemos que, na prática, há muito mais serviços em funcionamento, uma vez que para se conseguir o credenciamento, as instituições devem estar em funcionamento – são abertas

antes de credenciar. Na modalidade cirúrgica, apenas cinco cidades do Brasil contam com os procedimentos de redesignação sexual pelo SUS, até o momento da publicação deste trabalho, credenciadas de acordo com a Portaria, a saber: São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Goiânia e Porto Alegre. Mesmo assim, as filas para o procedimento costumam ser extensas, e as pessoas que conseguem passar pela cirurgia esperam muitos anos.

Em Minas Gerais, podemos citar o Centro de Referência em Atenção Integral em Saúde para Travestis e Transexuais (Craist), localizado no Hospital das Clínicas da cidade de Uberlândia, como o primeiro programa de atenção integral à saúde transespecífica do estado. O serviço, criado em 2007, conta com tradição e excelência na abordagem à saúde desse público, sem um recorte de idade definido. Tem como princípio a recusa à diretriz que prevê a necessidade de um diagnóstico prévio de transexualidade como porta de acesso ao cuidado, bem como às exigências das Portarias do Processo Transsexualizador. Teixeira (2018) aponta que a aposta sempre foi na construção de um cuidado particularizado, sem formas rígidas e desprovido de quaisquer certezas pré-estabelecidas. Essa forma de atuar permite que o cuidado seja realizado dentro de uma lógica despatologizante sem abandonar princípios básicos da assistência (Prado, 2018).

Nesse momento, cabe contextualizar o Hospital Eduardo de Menezes (HEM) dentro dos serviços onde há atendimento a pessoas trans no estado. O HEM foi inaugurado em 1954 com o nome de Sanatório do Estado de Minas Gerais, e pertencia à Secretaria Estadual de Saúde antes de integrar, em 1977, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, FHEMIG. No início da década de 1980, o sanatório foi nomeado Hospital Eduardo de Menezes, com atendimento em clínica médica e doenças pulmonares. No início da epidemia de AIDS, ainda na década de 1980, o hospital abriu leitos para pacientes portadores do vírus HIV. Pouco tempo depois, tornou-se referência para AIDS, acompanhamento de pessoas que vivem com HIV e outras doenças infectocontagiosas, o que persiste até os dias de hoje. Atualmente, o hospital presta assistência especializada em infectologia e também em dermatologia. É um campo importante de estágio de diversos programas de residência médica em infectologia e clínica médica, bem como da residência médica em

dermatologia. Recebe acadêmicos de cursos da saúde e atua em pesquisa, formação e capacitação profissional.

Em novembro de 2017, foi inaugurado no Hospital Eduardo de Menezes o Ambulatório Especializado de Atenção à Saúde de Pessoas Trans e Travestis, ou Ambulatório Trans Anyky Lima. O surgimento do ambulatório está diretamente relacionado a pressões de movimentos sociais para que houvesse um serviço para tal finalidade no estado. A equipe do hospital, incluindo profissionais da portaria, enfermeiros, médicos, recepcionistas, entre outros, foi capacitada para atender ao novo público. A abertura de um serviço de atenção a pessoas trans em um hospital de infectologia suscita uma velha discussão: o fato de as instituições de cuidado à saúde dessas pessoas estarem historicamente ligados a políticas de IST/AIDS. É uma preocupação que procede: com o surgimento da AIDS na década de 1980 e sua associação inicial de forma contundente e preconceituosa com a homossexualidade, o cuidado a pessoas que fogem do modelo hétero e cis centrado de vivenciar o desejo e o gênero esbarra muitas vezes na simples associação com ISTs. É comum o relato de outros serviços que prestam assistência a pessoas trans de que em seu estado, a pasta de saúde LGBT é vinculada à política de IST/AIDS, o que aponta para um histórico de generalizações para as duas populações distintas (LGBTs e pessoas que convivem com ISTs), o que só aumenta alguns estigmas.

De toda forma, como um trabalhador que também auxilia no cuidado de pessoas que vivem com ISTs no hospital, para além do Ambulatório Trans, acredito que por se tratar de um hospital historicamente envolvido com o cuidado de populações que sofrem alguma forma de exclusão por questões sociais, a equipe se encontra capacitada para lidar com as diferenças de forma respeitosa. Assim, a reflexão torna-se ampliada: há necessidade urgente, por questões de humanização do cuidado, de dissociar essa associação entre LGBT e ISTs²⁶ e vice-versa; paradoxalmente, há a percepção por parte deste autor de que um serviço que atende ao público de condições infecto-parasitárias pode ter uma

²⁶ A Prevalência de HIV nas mulheres trans usuárias do Ambulatório Trans Anyky Lima chegou a 15% no último levantamento realizado (este autor, no prelo), o que seria mais alta que na população geral. No entanto, dado o estigma e a associação comum que as pessoas fazem entre ser trans e viver com alguma IST, acreditamos que a abordagem do cuidado deve ser outra que não a associação simples entre as duas populações, para romper esse ciclo de violência institucional.

expertise maior em lidar com a diferença para ensinar a outros aparelhos da rede de atenção à saúde.

Vem crescendo no estado iniciativas próprias de acompanhamento de pessoas trans no território de origem via Atenção Primária, o que se mostra bastante positivo em termos da assistência. Entendemos que a necessidade de um ambulatório trans se faz dentro da lógica da equidade – tratar de forma desigual as desigualdades, a grosso modo – mas que o acolhimento no território é fundamental para quebrar paradigmas e preconceitos e efetuar uma assistência de qualidade aos usuários.

O ambulatório Anyky Lima segue as diretrizes da modalidade ambulatorial do processo Transexualizador do SUS, e conta com atendimento multiprofissional com psicologia, endocrinologia, serviço social, ginecologia, medicina de família e clínica médica, psiquiatria entre outros, tendo feito mais de 500 acolhimentos de pessoas trans de todo o Estado de Minas Gerais. Atende pessoas transgêneras de mais de 52 cidades do município. Funciona às quintas-feiras pela manhã e à tarde. A partir de março de 2020, o agendamento é feito via regulação, a partir de um encaminhamento da Atenção Primária, de acordo com a lógica do credenciamento do Ministério da Saúde (anteriormente, as marcações de primeiras consultas eram feitas pelos próprios usuários e usuárias via contato telefônico no primeiro dia útil do mês).

Assim, entre erros e acertos ao longo da história, avançamos no entendimento das experiências *trans* como inerentes à condição humana. A prática clínica não encontra nenhuma nosologia que traduza de forma objetiva a transexualidade, e nenhuma construção tipológica pode situar o sujeito em um lugar bem estabelecido no campo teórico (CECCARELLI, 2017). Toda tentativa de criar um enquadre nesse sentido fracassou. De fato, a prática clínica não encontra nenhuma nosologia que traduza de forma objetiva a transexualidade, assim como não há nenhuma construção tipológica que possa situar o sujeito em um lugar bem estabelecido no campo teórico (Ceccarelli, 2017). A constatação de que toda tentativa de se criar um enquadramento rígido tem sido malsucedida, nos levou, como veremos a seguir, a visitar outros campos teóricos mais fluídos e permeáveis às diversidades que compõem o terreno movediço das sexualidades e dos gêneros.

2.4 “MENINO VESTE AZUL E MENINA VESTE ROSA”²⁷: AS INVOCAÇÕES PERFORMATIVAS DOS GÊNEROS

Dentro da análise do percurso histórico dos olhares para as identidades trans, é fundamental apresentar ainda o que tem sido denominado como o campo dos estudos de gênero. Estudiosos das áreas da sociologia, filosofia, antropologia, psicologia, entre vários outros, tem tecido saberes muito importantes a respeito das performances de gênero.

Borba (2014) nos adverte que devemos focar a atenção nas dinâmicas sócio-histórico-discursivas, pois os recursos linguísticos (e identitários) são produtos de processos históricos, políticos, filosóficos e culturais específicos e sua utilização nos insere nessas dinâmicas. A teoria queer de Judith Butler aponta que expressões características aparentemente descritivas, como “é uma menina” ou “é um menino”, no momento do nascimento, ou na visualização do exame ecográfico, ou extrapolando ainda para os recentes “chás de revelação” – festas em que a família se reúne para que seja revelado o sexo biológico do bebê – são o que se chama de invocações performativas. São expressões contratuais manifestas em rituais sociais (PRECIADO, 2017), que se repetem em vários ritos da sociedade; podemos citar como exemplo o “sim, eu aceito” dos casamentos, entre vários outros. Braz (2019), trabalhando o conceito de Butler, esclarece que o gênero seria uma ficção reguladora dentro de uma matriz de inteligibilidade, que naturaliza a heterossexualidade e a cisgeneridade. Segundo Arán (2008), a matriz de inteligibilidade de gênero cria uma gramática prescritiva. Trata-se de uma matriz que cria gêneros inteligíveis ou não inteligíveis. Os inteligíveis são aqueles em que há uma sintonia entre sexo, gênero e desejo (ARÁN, 2008).

Butler (2003) afirma que as noções de coerência e continuidade, em termos de sexo, gênero e desejo, são efeitos de normas socialmente instituídas

²⁷ Referência à fala da Ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos Damares Alves em vídeo amador que circulou na imprensa brasileira em 03 de janeiro de 2019, em que ela dizia que seria o começo de uma nova era no Brasil, com a entrada de Jair Bolsonaro e sua equipe na presidência, e gritava as palavras de ordem “Menino veste azul e menina veste rosa”.

e mantidas. Assim, o gênero²⁸ não decorre natural e incontestavelmente do aparato genital, mas, sim, de regras histórica e discursivamente produzidas, que instituem como o corpo-sexuado deve ser generificado, a partir de uma heterossexualidade compulsória (BORBA, 2014). Para Butler (2003), ainda segundo Borba (2014), o gênero não seria uma propriedade dos indivíduos, e, sim, algo que se faz em suas ações cotidianas, em um conjunto de recursos semióticos (língua, entonação, tom de voz, o que/como se fala, roupas, cores, texturas, cortes de cabelo, posições corporais etc.). Segundo Preciado (2017):

A partir de 1993, Butler se esforça por redefinir a performance teatral em termos de performatividade linguística. Assim, concluirá que os enunciados de gênero, desde aqueles pronunciados no momento do nascimento, como “é um menino” ou “é uma menina”, até os insultos, como “bicha” ou “sapatão”, não são enunciados constatáveis, não descrevem nada. São mais enunciados performativos (ou realizativos), isto é, invocações ou citações ritualizadas na lei heterossexual (PRECIADO, 2017, p. 92).

Para Foucault (2018), a partir do século XVIII, o homem começa a dizer e a querer saber sobre o sexo; o que, embora muitos entendam como algo inscrito meramente na esfera da repressão, para o filósofo, seria algo que ultrapassa a hipótese repressiva. Segundo Foucault:

O essencial é bem isso: que o homem ocidental há três séculos tenha permanecido atado a essa tarefa que consiste em dizer tudo sobre o sexo; que, a partir da época clássica, tenha havido uma majoração constante e uma valorização cada vez maior do discurso sobre o sexo; e que tenha esperado desse discurso, cuidadosamente analítico, efeitos múltiplos de deslocamento, de intensificação, de reorientação, de modificação sobre o próprio desejo. Não somente foi ampliado o domínio do que se podia dizer sobre o sexo e foram obrigados os homens a estendê-lo cada vez mais; mas sobretudo focalizou-se o discurso no sexo, através de um dispositivo completo e de efeitos variados que não se pode esgotar na simples relação com uma lei de interdição. Censura sobre o sexo? Pelo contrário, constituiu-se uma aparelhagem para produzir discursos sobre o sexo, cada vez mais

²⁸ O gênero de Butler seria um meio discursivo e cultural por meio do qual um “sexo natural” é estabelecido como pré-discursivo; para Butler, não só o gênero é cultural, como o sexo também o é, uma vez que também está inserido em construções do discurso (LOURO, 2018)

discursos, susceptíveis de funcionar e de serem efeito de sua própria economia (FOUCAULT, 2018, p. 25).

Foucault cita quatro grupos estratégicos que funcionam como dispositivos de saber e poder a respeito do sexo: a histerização do corpo da mulher, a pedagogização do sexo da criança, a socialização das condutas de procriação e a psiquiatrização do prazer perverso. Dessa forma, o filósofo nos mostra como, nos últimos séculos, são criados procedimentos e normas a respeito do sexo, em uma lógica heterocentrada e de rechaço às diferenças. Butler parte disso para dizer que há, socialmente, normas regulatórias com caráter performativo (LOURO, 2018), que vão definir coisas e sujeitos, que podem ser pensados e outros impensados, considerados “corpos abjetos”.

A possibilidade de trânsito, em termos de gênero, é ameaçadora (TEIXEIRA, 2012). Ainda assim, mesmo havendo custos morais, políticos, sociais, econômicos e materiais a quem escapa à norma (LOURO, 2018), tal escape é inevitável, desestabiliza as normas rígidas e se faz sempre presente. Donna Haraway, em seu Manifesto Ciborgue, de 1985, já aponta para o processo de mudança pelo qual a sociedade passava naquela época com relação ao avanço da medicina e da possibilidade de transformações que gera efeitos no discurso. Para Haraway (2009), a sociedade caminha em uma realidade cheia de ciborgues, de junções entre organismo e máquina, cada um tendo sido concebido como um dispositivo codificado, em uma intimidade e com um poder que nunca, antes, teria existido na história da sexualidade. Diz a autora (2009):

No final do século XX, neste nosso tempo, um tempo mítico, somos todos quimeras, híbridos – teóricos e fabricados – de máquina e organismo; somos, em suma, ciborgues. O ciborgue é nossa ontologia; ele determina nossa política. O ciborgue é uma imagem condensada tanto da imaginação quanto da realidade material: esses dois centros, conjugados, estruturam qualquer possibilidade de transformação histórica. Nas tradições da ciência e da política ocidentais (a tradição do capitalismo racista, dominado pelos homens; a tradição do progresso; a tradição da apropriação da natureza como matéria para a produção da cultura; a tradição da reprodução do eu a partir dos reflexos do outro), a relação entre organismo e máquina tem sido uma guerra de fronteiras. As coisas que estão em jogo nessa guerra de fronteiras são os territórios da produção, da reprodução e da imaginação (HARAWAY, 1985/2009, p. 37).

Se há 35 anos já havia o anúncio de uma sociedade cada vez mais transformada pelas intervenções da tecnologia, em termos de mudanças discursivas, hoje isso fica bem mais evidente. O ciborgue seria a criatura de um mundo pós-gênero (HARAWAY, 2009). Borba (2014) sinaliza que os estudos de gênero devem analisar a constituição histórico-discursiva das normas que geraram/geram e limitam experiências identitárias, pois desfazer essas normas de inteligibilidade implica um alargamento dos esquemas sociais e culturais pelos quais certos corpos são reconhecidos como humanos. Essa dinâmica, composta por sujeições, resistências e negociações, fomenta a construção de certas identidades e identificações que estão em um permanente processo de resignificação. Apresentaremos, a seguir, algumas delas que têm ganhado destaque no contemporâneo.

2.5 IDENTIDADES CONTEMPORÂNEAS

Na contemporaneidade, existem modelos identificatórios, dentro do espectro de identidades de gênero, que permitem que as pessoas possam construir e entender sua identidade partindo de algum ponto, mesmo que se entenda o gênero como algo performático e fluido. Uma definição importante, proposta pelas próprias pessoas transgêneras e que pode ser utilizada nesse contexto, seria a proposta pela ANTRA, em seu Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019, publicado em 2020:

Travestis: Pessoas que foram identificadas como sendo pertencentes ao gênero masculino no nascimento, mas que se reconhecem como pertencentes ao gênero feminino e tem expressão de gênero feminina, mas não se reivindicam como mulheres da forma com que o ser mulher está construído em nossa sociedade. *Mulheres Transexuais*: Pessoas que foram identificadas como sendo pertencentes ao gênero masculino no nascimento, mas que se reconhecem como pertencentes ao gênero feminino e se reivindicam como mulheres. *Homens Trans*: São aquelas pessoas que foram identificadas como sendo pertencentes ao gênero feminino no nascimento, mas que se reconhecem como pertencentes ao gênero masculino e se reivindicam como homens. *Transmasculinos*: São aquelas pessoas que foram identificadas como

sendo pertencentes ao gênero feminino no nascimento, mas que se reconhecem como pertencentes ao espectro do gênero masculino, tem expressão de gênero masculina, mas não se reivindicam da forma com que o ser homem está construído em nossa sociedade.

Com relação a outras terminologias utilizadas nesse campo, poderíamos destacar: Gênero designado refere-se à designação inicial como homem ou mulher, que geralmente ocorre ao nascimento e é feita por terceiros – também chamado, justamente por isso, de gênero heterodesignado. Identidade de gênero é uma categoria de identidade social e refere-se à identificação de um indivíduo como homem, mulher ou alguma categoria diferente de masculino ou feminino, e é sempre autodeclarada. Expressão de gênero é a forma como o indivíduo se expressa. Percepção de gênero é a forma como outras pessoas percebem aquele indivíduo. Cisgênero é a pessoa que tem sua identidade de gênero coincidente com o gênero designado, e transgênero seria a pessoa em que essa continuidade entre identidade e gênero designado não ocorre.

O termo transgênero também pode incluir outras categorias, como pessoas de gênero fluido – que transitam entre os gêneros e seus papéis, de forma variável no tempo – e os não binários ou não binárias – que não se sentem contemplados dentro de papéis de gênero e não se identificam como mulheres ou homens, por exemplo. Retornando o conceito de travestis, dentro desse espectro, o termo carrega uma conotação política, de militância e resistência (RAMOS, 2016). Outro termo importante seria assexuais, que está situado no campo da orientação sexual e faz referência às pessoas que não experimentam desejo sexual. Intersexual faz alusão a pessoas que nascem com condições em que o sexo biológico não é tão claro. Outros termos como *crossdresser* e *drag queens/drag kings* não estão dentro do campo das identidades de gênero, mas são trazidos aqui para serem elucidados. O primeiro se refere a pessoas que gostam de se vestir com roupas diferentes das comumente atribuídas ao seu sexo anatômico de nascimento (PEDRA, 2016); e o segundo diz respeito a pessoas que usam de feminilidade ou masculinidade estereotipadas e exacerbada para fins de performance artística (PEDRA, 2016); esse estereótipo de gênero das *drag queens* é trazido por Butler (2003), para tecer construções a respeito dos atos performativos, com o cuidado de não tornar a questão voluntarista. Diz a filósofa: “Ao imitar o gênero, a drag revela implicitamente a

estrutura imitativa do próprio gênero – assim como sua contingência” (Butler, 2003:196). Aqui, ela está disposta a discutir a paródia dos gêneros. A performatividade de gênero, por sua vez, não parte da eleição ou agência do sujeito, mas do efeito repetido da norma (COLLING *et. al.*, 2019).

O termo *Queer*, apropriado de uma palavra historicamente pejorativa (LOURO, 2018), refere-se, na contemporaneidade, a tudo aquilo que experimenta uma relação mais ampla e não enquadrada com as identidades de gênero e orientações sexuais. Inicialmente, a palavra *queer* era utilizada para hostilizar as pessoas que vivenciavam o gênero e o desejo a partir de formas que fugiam ao discurso cis e heterocentrado, mas foi sendo ressignificada pelos grupos de militância e algumas vertentes acadêmicas. Assim, passou a ser um termo guarda-chuva, que abarcava todas as pessoas excluídas das posições dominantes de gênero e desejo. E, hoje em dia, é mais do que isso: trata-se de uma teoria que propõe rupturas e desconstruções (LOURO, 2018), a fim de desestabilizar os discursos que sustentam o imperativo de cisheterossexualidade.

3 JUSTIFICATIVA

Segundo a ONG Internacional *Transgender Europe*, o Brasil é o país onde mais ocorrem assassinatos de travestis e transexuais em todo o mundo, em números absolutos. Entre janeiro de 2008 e abril de 2013, foram 486 mortes, quatro vezes a mais que no México, segundo país com mais casos registrados. Em 2013, foram 121 casos de assassinatos de travestis e transexuais em todo o Brasil. De acordo com a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), em seu Dossiê dos assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil em 2019:

Mesmo com a queda aparente nos números nos dois últimos anos, não notamos nenhuma diferença significativa no dia-a-dia da vida das pessoas trans. Os números se mantêm acima da média, que assegura ao Brasil o 1º lugar no ranking dos assassinatos durante últimos 10 anos. Neste ano, encontramos notícias de 127 registros que foram lançados no Mapa dos assassinatos de 2019. E após análise minuciosa, chegamos ao número de 124 assassinatos que serão considerados nesta pesquisa, enquanto o México, 2º colocado, reportou a metade, o que representa uma diferença muito alta para ser comemorada. É de se lembrar exaustivamente a subnotificação e ausência de dados governamentais. Desde 2008, o Brasil se encontra com uma média de 118,5 assassinatos de pessoas trans por ano. Hoje, a queda nos números levantados pelas instituições da sociedade civil, que sempre foram alvo de contestação e se encontram na mesma média da população em geral, representa a importância de seguirmos pressionando esse Estado genocida. Nós nos mantemos em índices extremamente desproporcionais, com o maior pico em 2017, quando o país teve recorde de assassinatos em geral e chegou ao seu ponto mais alto na história.

Além disso, de acordo com o Relatório do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT da UFMG sobre inquéritos policiais envolvendo travestis e transexuais no Estado de Minas Gerais, “os estudos têm apontado que a expectativa de vida desse segmento seja de 35 anos, quase metade do valor calculado para os demais brasileiros (74,9 anos)”. A hipótese da qual partimos, do ponto de vista da saúde coletiva, seria a de que esse fato se deve, muito provavelmente, às consequências das violações e exclusões sociais e institucionais às quais estão submetidas as pessoas travestis e transexuais desde a infância.

Tais dados são ainda mais assustadores quando entendemos que os instrumentos de informação sobre mortes de pessoas LGBT no Brasil ainda são muito frágeis, basicamente, partindo da iniciativa de Organizações Não-Governamentais (ONGs) e serviços envolvidos com a militância.

Assim, apesar dos números surpreendentemente altos, estamos diante de um cenário marcado pela subnotificação. Ora, se as mortes são subnotificadas, imaginem as formas de violência que não culminam em óbito? Entre travestis e mulheres transexuais que exercem trabalhos sexuais em Belo Horizonte e região metropolitana, 11,35% deixaram de procurar um médico por causa do preconceito, discriminação e violência, sendo que 9,22% não o fizeram por desrespeito ao nome social (NUH, 2017). Entre os homens transexuais, o acesso aos serviços de saúde é mais crítico devido à precariedade no acolhimento, ao não reconhecimento do nome social, à falta de atenção e de conhecimento de suas demandas, por parte dos profissionais e a interpretação patológica de suas condições (NUH, 2016).

As diversas formas de violência ao público LGBT na área da saúde são confirmadas por um estudo em que 14,5% dos entrevistados relataram ter sofrido preconceito nesses espaços: essa proporção aumentou para 85% quando se tratava de travestis e transexuais (CARDOSO E FERRO, 2012). Em decorrência disso, a estratégia adotada é a automedicação, o que vulnerabiliza ainda mais essa população (NUH, 2016).

De forma geral, sabemos que há escassez de registros sobre quantas são de fato as pessoas trans. Os esforços para chegar a estimativas realistas estão cheios de entraves. Pesquisadores que tentaram quantificar essa população têm tendido a se concentrar no subgrupo de pessoas com variabilidade de gênero mais possível de se mensurar: transexuais que apresentam algum grau de desconforto com seu corpo e que procuram atendimento para a redesignação sexual em serviços especializados.

Os termos disforia e incongruência devem ser usados com cautela; disforia seria “a presença de aflição clinicamente significativa associada à condição” (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2013). Na 7ª versão das Normas de Atenção (NDA) à Saúde das Pessoas Trans da Associação

Mundial Profissional para a Saúde Transgênero e com Variabilidade de Gênero, encontramos a seguinte definição para o termo disforia: “desconforto ou mal-estar causado por uma discrepância entre a identidade de gênero de uma pessoa e seu sexo atribuído ao nascer”. Ainda que haja uma tentativa de mobilização no sentido da despatologização das experiências trans nos manuais diagnósticos, de certa forma, eles ainda transitam por outros grupos classificatórios no campo da saúde, ainda dentro do marco patológico – questão que aponta para a grande controvérsia sobre os modos como é construída a despatologização, também discutida anteriormente. Diz Borba (2014):

Nesse sentido, essa troca terminológica não despatologiza. Muito pelo contrário. O conceito de disforia abrange uma gama maior de sentimentos de desconforto de gênero, o que amplia o escopo diagnóstico (Borba, 2014, p.17).

Diante dessas informações, a respeito das mais diversas formas de violência às quais essas pessoas são submetidas, os serviços assistenciais deveriam exercer o papel fundamental de acolhimento, escuta e direcionamento dessa população. No entanto, sabemos que isso não ocorre. Pelo contrário: serviços e profissionais de saúde ligados ao SUS, muitas vezes, em vez de acolher e cuidar, se constituem como protagonistas dessa violência. Esse fato, embora nem sempre seja bem documentado, nos leva a repetir a afirmação de vários ativistas e estudiosos sobre o tema de que, na verdade, temos um CISTema Único de Saúde: um dispositivo que funciona com base em um modelo binário, cisgênero e heteronormativo. Sendo assim, tudo que foge à lógica vigente – uma lógica heterocentrada, ‘ciscentrada’ e excludente – acaba ficando à margem, rechaçada pelo sistema. Conhecer as violações, os entraves, as dificuldades e os desafios enfrentados pelas pessoas trans ao acessar esses serviços é algo fundamental não só para se pensar em soluções concretas que possam melhorar o cuidado dessa população, mas também para produzir avanços no próprio sistema.

Neste trabalho, pretendo contribuir com algumas dessas questões, partindo da perspectiva que elas trazem às próprias pessoas trans. Busquei, a partir de suas narrativas, evidenciar os mais diversos caminhos percorridos na

busca de cuidado, assim como as dificuldades, os entraves, as violações e as estratégias que estão em jogo na circulação pelos serviços públicos de saúde. Acredito que essa investigação possa se juntar a tantos esforços presentes no território nacional para denunciar e mudar a realidade vulnerável que vive essa população.

4 OBJETIVOS

O objetivo geral desse estudo seria conhecer, a partir dos itinerários terapêuticos, como se dá a busca por cuidados, formais e informais, em saúde pela população trans.

Entre os objetivos específicos estão:

Compreender o acesso aos serviços formais de saúde, localizando barreiras, dificuldades e impasses;

Reconhecer estratégias de cuidado que ultrapassam os serviços formais de saúde;

Localizar, na perspectiva das pessoas trans, experiências nas quais houve formas de violência, precisando os efeitos na vida do sujeito;

Entender as verdadeiras demandas e necessidades dessa população em relação aos serviços de saúde.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1O CONCEITO DE ITINERÁRIO TERAPÊUTICO (IT), SUA LOCALIZAÇÃO NO CAMPO TEÓRICO E UMA ABORDAGEM CRÍTICA DO INSTRUMENTO EM PESQUISA QUALITATIVA

As definições de Itinerário Terapêutico ajudam a entender a escolha desse recurso dentro de uma vasta gama de possibilidades no campo da pesquisa qualitativa para estudar o tema proposto. De acordo com Rabelo, Alves e Souza (1999), os IT são processos que têm como principal objetivo interpretar as formas com que os sujeitos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinados modos de tratamento. Essa ideia leva em conta que os sujeitos encontram diversas maneiras de resolver os seus problemas no campo da saúde, viabilizadas por uma variedade de serviços terapêuticos, no sentido geral da palavra. Seguindo a mesma direção, Moreira *et. al.* (2016) ressaltam que os IT se referem a maneiras de recuperar os caminhos percorridos no enfrentamento de alguma condição de saúde particular. Em outra definição, Pinheiro e Martins (2011, p. 188), consideram os IT como:

[...] trajetórias de busca, produção e gerenciamento do cuidado para saúde, empreendidas por pessoas e famílias seguindo uma lógica própria, tecida nas múltiplas redes para o cuidado em saúde, de sustentação e de apoio, que possam lhes dar certa sustentabilidade na experiência de adoecimento. Comporta, também, como os serviços de saúde produzem e disponibilizam cuidados, segundo sua própria lógica, e atendem, em certo modo e medida, às necessidades de saúde dessas pessoas e famílias.

Vale destacar que a primeira e a segunda definições trazem uma concepção mais ampla do processo de cuidado em saúde, entendendo que a promoção da saúde e a busca por cuidado vão muito além de processos de adoecimento. Tal ponto se torna especialmente relevante neste trabalho, dado o

nosso esforço de pensar a transexualidade fora de um marco patológico²⁹. Já a terceira definição traz outra questão igualmente fundamental ao desenho dessa pesquisa: o fato de o IT comportar duas dimensões (Bellato *et. al.*, 2016), a saber:

1. As experiências de indivíduos e famílias em suas formas de significar e produzir cuidados, empreendendo trajetórias nos diversos dispositivos de cuidado e tecendo redes de apoio que possam lhes dar sustentação neste percurso;
2. A forma como os serviços de saúde fornecem a atenção e o acolhimento para as suas necessidades de saúde: como as práticas profissionais produzem afetamentos na experiência (BELLATO *et. al.*, 2016)

Para além dessas vertentes mais pragmáticas, é preciso entender os IT como uma proposta epistemológica, na medida em que permitem trazer à discussão o potencial analítico que ele mesmo tem em olhar para as relações sociais estabelecidas no cotidiano. Tal potencial torna-se interessante para entender o que estaria em jogo no processo de saúde-doença-cuidado, permitindo:

(...) compreender o papel que o encontro entre pessoas possui. Um encontro que, contudo, ultrapassa a dimensão biológica e técnica do cuidado ao adoecido e faz aparecer uma dimensão relacional e, conseqüentemente, simbólica, imbricada no que é posto em circulação nesses encontros (PINHEIRO *et. al.*, 2016, p.23).

Seguindo uma direção similar, Demétrio (2019) entende que os caminhos que os sujeitos percorrem, na tentativa de solucionar algum problema de saúde, são repletos de significados e mediados por experiências inseridas em complexas redes de relações sociais. A construção do itinerário mobiliza saberes populares, religiosos e conhecimentos biomédicos, revelando, dessa forma, a existência de uma pluralidade terapêutica, que tem como finalidade de alcançar

²⁹ Dado o rechaço social histórico pelo qual passam as pessoas trans, entendemos que, muitas vezes, há, sim, um processo de adoecimento envolvido, como transtornos depressivos, ansiosos, ideação suicida, entre vários outros. O que é colocado é a importância de se reforçar a distinção desse processo de adoecimento em si com a própria existência das pessoas que não se mostram em conformidade com o gênero atribuído ao nascimento, para evitar qualquer interpretação essencialista dos fatos.

a “saúde” ou a “cura” (DEMÉTRIO, 2019). Assim, para Assis (2014), a idéia de cuidado abrange um campo bastante polissêmico.

Outra característica importante desse recurso é a sua capacidade de fomentar tensão nas práticas e noções estabelecidas dentro do campo da saúde. De fato, ao investigar os caminhos percorridos na busca por assistência, torna-se possível apreender diversos elementos e as contradições existentes nos processos de escolhas terapêuticas, de adesão, de acesso, entre outros. Nesse ponto, se há contradições nas escolhas do sujeito na construção do seu cuidado em saúde, também existem incoerências dentro dos próprios serviços que objetivam oferecer o cuidado. A observação e a descrição dessas nuances são extremamente importantes, especialmente em investigações que, como esta, se encontram no rol das pesquisas qualitativas .

Conhecer as limitações das linhas de cuidado como constructo teórico-organizativo nos permite entender que as linhas de cuidado são bem-sucedidas ao se distanciarem de um comportamento de linha de montagem (PINHEIRO *et. al.*, 2016), pois há uma noção de rede e de produção de ações em saúde a partir de diferentes frentes e aparelhos. As relações sociais, nesse caso, podem passar pela rede de cuidados ou não. Por outro lado, essa perspectiva possibilita enfatizar a perspectiva do usuário como sujeito dentro do seu processo de busca por cuidados.

Diante de todas essas discussões e apontamentos, não é de se surpreender que o itinerário terapêutico seja um dos conceitos centrais nos estudos sócio-antropológicos da saúde. Historicamente, as premissas iniciais e tradicionais foram instituídas pelos trabalhos denominados de “illness behavior”, que estabeleceram parâmetros de análise que ainda estão presentes em algumas pesquisas da atualidade. Tais trabalhos foram desenvolvidos a partir da década de 1950 e estavam voltados para identificar condutas de indivíduo – ou grupos sociais – no uso de serviços de saúde (ALVES, 2016).

Essas pesquisas tratavam o IT como ações das pessoas voltadas apenas para a demanda do sistema de serviço de saúde, principalmente, do setor profissional. A perspectiva central desses estudos focava no comportamento do enfermo dentro de uma lógica de consumo. Essa primeira corrente de

pensamento tem em Mechanic e Volkart os principais expoentes, em estudos da década de 1960. Seus trabalhos tinham, como objetivo central, identificar e caracterizar aspectos socioculturais, que determinavam, nos grupos, a pouca ou alta utilização dos serviços de saúde. As análises, de forma geral, estavam muito ligadas à ideia de custo-benefício e ao fato de que os indivíduos orientariam racionalmente sua conduta na busca por cuidado.

A partir da década de 1980, os estudos sobre IT ampliaram os seus escopos analíticos. Começou a se perceber que a busca por diferentes sistemas de cuidado é guiada por uma matriz sociocultural mais ampla, que extrapola a lógica centrada na figura da medicina. O pesquisador Arthur Kleinman, uma das principais referências dessas correntes, assim como estudiosos que compartilham desse pensamento, destacam quatro aspectos fundamentais dessa perspectiva quando comparadas com a anterior (ALVES, 2016):

1. Aumenta a preocupação em descrever as diferentes maneiras pelas quais sujeitos e grupos sociais elaboram concepções médicas e estratégias de tratamento;
2. Cresce a atenção para o pluralismo médico e para as diversas estruturas cognitivas e práticas terapêuticas do sistema de instituições de saúde;
3. Intensifica-se o estudo da constituição das redes sociais nas quais os sujeitos se inserem para solucionar suas questões;
4. Entende-se que as interações entre as interpretações dos atores sociais e os modelos explicativos dos diversos subsectores terapêuticos não estão dentro de uma lógica enquadrada de um modelo integrado e coerente: as pessoas se mobilizam em processos terapêuticos, sem necessariamente terem conhecimento da lógica interna do modelo no qual se inserem.

De fato, foi a partir de Kleinman que as elaborações teóricas sobre os IT tornaram-se mais dinâmicas e a busca de cuidados em saúde passou a ser entendida como algo cheio de nuances, detalhes e contradições. Tais

discussões evidenciaram, finalmente, o quão problemático pode ser considerar a existência de um padrão único no processo de busca de cuidados em saúde.

Historicamente, os IT adentram maioritariamente três campos disciplinares – a antropologia, a sociologia e a psicologia social –, sendo fundamentados principalmente por metodologias qualitativas. O mérito das metodologias qualitativas no estudo desse recurso está no fato de ser possível a legitimação das subjetividades dentro da lógica da pesquisa. Se o objetivo desse tipo de estudo é explicar a cadeia de fatos que culminaram na situação presente em que se encontra o sujeito de análise, não há como fazê-lo sem considerar a singularidade de todo o processo. Isso torna-se um desafio diante da herança do método quantitativo, praticamente hegemônico na formação no campo da saúde. Por ser um método baseado na objetividade, neutralidade do pesquisador e em instrumentos enquadrados, há, ainda, em certos espaços da ciência, o entendimento de que seja algo que vai de encontro às metodologias qualitativas, quando na verdade são práticas que não se excluem, não se anulam, muito pelo contrário (MINAYO, 2017). Para Minayo, a pesquisa qualitativa:

busca a “intensidade do fenômeno”, ou seja, trabalha muito menos preocupada com os aspectos que se repetem e muito mais atenta com sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas (Minayo, 2017, p.3).

Alves (2016) reforça que há duas ordens de explicações nos trabalhos que envolvem IT: cognitivas e socioeconômicas. As primeiras tratam das elaborações de significados, de preferências, de decisões; de valores, de emoções e de ideologias envolvidas nas questões de saúde. Já as segundas envolvem a desigualdade social, as estruturas das famílias, as questões de gênero e étnico-raciais que interferem na trajetória. Segundo Alves (2016):

Através dessas duas ordens explicativas – que não são excludentes entre si – são analisadas quatro temáticas relacionadas às pesquisas sobre IT que usualmente se entrecruzam: (a) identificação de estratégias desenvolvidas para resolução de problemas de saúde; (b) caracterização de modelos ou padrões nos percursos de tratamento ou cura; (c) trânsito de pacientes nos diferentes subsistemas de cuidados

à saúde; (d) funcionamento e organização de serviços de cuidado à saúde (Alves, 2016, p.133).

Dito de outro modo, uma vez que estamos falando de “cuidados à saúde” - algo que diverge de “cuidados *médicos* à saúde” e, por isso, se aproxima mais das trajetórias reais dos sujeitos -, podemos elencar alguns objetos de estudo do IT: 1) Disponibilidade e acessibilidade aos recursos assistenciais (profissionais ou não); 2) Representações particulares do processo saúde-doença; 3) Adesão e avaliação de certas terapias; 4) Buscas de determinados tratamentos em detrimento de outros; 5) Conduta de usuários e familiares em relação a certa proposta terapêutica (ALVES, 2016). Percebam, portanto, que a ampliação do conceito de cuidado à saúde nos permite entender que, em muitos casos, os dispositivos biomédicos são apenas mais um ponto de possibilidade de atenção, e não o ponto central. A literatura tem mostrado que, muitas vezes, tendo em vista a postura da biomedicina marcada pela exclusão, dominação, restrição, redução, demarcação e normalização dos corpos nos processos de cuidado à saúde (DEMÉTRIO, 2019), outros campos acabam sendo procurados e construídos na busca por cuidados. É o caso da religião, por exemplo.

Vale acrescentar que o olhar sobre o que circula nas relações sociais é primordial para entender os limites e possibilidades à elaboração das redes de apoio social, pois os vínculos podem ser fontes de apoio e confiança, mas também de estresse e adoecimento (RUIZ *et. al.*, 2016). Bellato *et. al.* (2016) entendem que a valorização e significação do que seja o “cuidado”, o “cuidar” e o “se cuidar” são elaborados de forma coletiva, por meio das experiências, na singularidade de cada situação. Seguindo essa linha, o estudo de IT busca esclarecer as formas da provisão do cuidado, segundo diferentes saberes e práticas que envolvem diversas racionalidades. Percebe-se que essa provisão de cuidado se faz, centralmente, na própria família e, também, nas redes para o cuidado que tece, podendo incluir os serviços e profissionais de saúde, na medida mesma das respostas efetivas que possam oferecer (BELLATO *et. al.*, 2016, p.206).

Diante de todos esses aspectos destacados, cumpre lembrar, conforme Gerhardt *et. al.* (2016), que “Itinerário Terapêutico” não é um descritor: existe um leque de “terminologias que contemplam a especificidade desejada e remetem diretamente ao objeto de interesse” (GERHARDT *et. al.*, 2016, p.) Entre elas, podemos citar: Trajetória de cuidado, trajetória de tratamento, trajetória do

paciente ou do usuário (JUNIOR *et. al.*, 2016), trajetória terapêutica, caminho de cura, caminho terapêutico, itinerário de cuidado, trajetória de cura, linha de cuidado e trajetória assistencial: muito mais que qualquer nomeação é preciso ter claro os nossos pressupostos teóricos e o que, de fato, pretendemos investigar.

No presente trabalho, utiliza-se de forma majoritária o termo Itinerário Terapêutico, pela sua consagração em pesquisa científica, bem como pelo fato de que se entende que, na busca por cuidados em saúde de pessoas trans, há vários processos terapêuticos envolvidos no processo de transição, como terapia hormonal, terapia da voz, psicoterapia, por exemplo, ou não envolvidos na transição social³⁰, como todos os agravos em saúde possíveis na população como um todo. O uso da palavra terapêutico, nesse caso, passa muito longe da ideia de patologizar as identidades trans. Dessa forma, reforçamos a escolha do termo IT, e a relação amistosa com o termo trajetória assistencial, no presente trabalho, para que a contribuição da ciência com a vida dessas populações seja feita de forma justa e ética.

Obviamente, isso não significa que não devemos ter cuidado, por exemplo, com termos que podem parecer sinônimos de IT, mas que sinalizam percursos metodológicos diferentes. É o caso das cartografias do cuidado, que remetem a Gilles Deleuze e Félix Guattari, e que são traçadas como estratégia metodológica que possibilita acompanhar percursos por meio da construção de mapas, com múltiplas entradas e saídas, para perceber as conexões de redes ou rizomas e permitir assim o acompanhamento de movimentos. Podemos citar ainda o Itinerário Formativo, por meio do qual trilha-se o caminho que um educando ou grupo percorre em direção a determinada formação. São percursos de formação dentro de uma área de conhecimento, destacando aspectos e caminhos desta trajetória (SILVEIRA; PINHEIRO, 2016).

Embora os IT estejam presentes na literatura socioantropológica há muitos anos, pesquisadores das áreas de Ciências Sociais e Humanas em Saúde e de Políticas, Planejamento e Gestão têm investido nesse tema também

³⁰ Aqui me refiro ao termo utilizado pelas pessoas trans para o processo pelo qual elas passam a se expressar socialmente de acordo com o gênero com o qual se identificam. O processo pode envolver mudança nos pronomes utilizados para referência, mudanças em cabelos e roupas, entre outros.

como uma forma de avaliar sistemas de saúde. É crescente a preocupação com as dificuldades na organização e funcionamento das redes de serviços nos últimos 20 anos (GERHARDT, 2016).

Além disso, alguns aspectos são importantes dentro dos estudos que se valem desse recurso metodológico como desafios a serem pensados. Primeiramente, os IT focam a análise em pessoas que tiveram a decisão de seguir determinada modalidade de tratamento, perdendo a oportunidade de se apreender o percurso das pessoas que não se decidiram pela busca. Ademais, como os estudos miram condutas passadas e percalços pelos quais os sujeitos e grupos sociais passaram até chegarem a uma modalidade terapêutica, eles produzem reconstituições que já podem ter sido bastante ressignificadas pelos sujeitos. Tais questões não diminuem o valor do método, constituindo-se como meras limitações do instrumento de pesquisa (ALVES, 2016).

Mesmo diante de toda a conceituação teórica acima exposta, a prática da pesquisa em IT é bastante distante do ideal³¹. Assim, há ainda muito a avançar em pesquisas que abordem outras formas e itinerários de cuidados, que não apenas na concepção negativa de saúde, que envolve a experiência ou iminência de adoecimento (DEMÉTRIO, 2019).

Nesse estudo, me esforcei para usar o recurso epistemo-metodológico dos IT, em suas diversas dimensões, que incluem os sujeitos, suas subjetividades, idiossincrasias, interpretações e relações interpessoais. Por meio da problematização do uso dos IT, como uma reprodução da procura por cuidados formais de saúde, em uma lógica biomédica, buscamos facilitar o surgimento de algo diferente, levando em conta uma abordagem mais ampliada. Ainda assim, é importante assinalar os desafios que surgiram, desde o começo da investigação, tendo em vista que sou um trabalhador da equipe de atendimento do local onde os participantes foram convidados para participar do estudo. Isso acabou por direcionar, em muitos momentos, o rumo das entrevistas

³¹ Em uma revisão sistemática e metassíntese que analisa o IT no Brasil de 2008 a 2019, de Demétrio (2019), a partir de concepções positivas e negativas de saúde, não foi observada nos artigos uma abordagem ampliada sobre IT que transcendesse a mera noção de doença, enfermidade ou adoecimento, ou ainda que partisse de processos preventivos de doenças e promotores de saúde (DEMÉTRIO, 2019). Isso aponta para o fato de que, como pesquisadores em saúde coletiva, sabemos com clareza o conceito de cuidado a saúde de forma ampliada, abordando uma visão holística desse cuidado, mas, na prática, há dificuldade em se estudar e pesquisar abordagens de promoção e prevenção, quando se fala em Itinerário Terapêutico.

para a concepção negativa de saúde. Além do fato de ser um trabalhador da equipe do ambulatório, outro ponto que fez com que as entrevistas fossem direcionadas para essa concepção negativa foi o fato de que as mesmas ocorreram dentro do espaço do hospital, o que teve um efeito nas narrativas, como será discutido posteriormente. Esse direcionamento acabou por fazer com que as narrativas nos dessem material a ser analisado a partir de uma interseção entre os itinerários terapêuticos e as trajetórias assistenciais, que dizem respeito mais especificamente à vivência com relação aos serviços de saúde.

Demétrio (2019) aponta que essa limitação dos estudos em IT é frequente, pois se estabelece de modo corriqueiro um caráter direcional, quase teleológico, às ações que os atores realizam para lidar com a doença e buscar cuidados. Essa concepção deve-se, em grande parte, à forma que usualmente os entrevistados/informantes reconstituem seu itinerário (DEMÉTRIO, 2019). Assim, segundo essa autora, é dada ênfase somente aos procedimentos terapêuticos para tratar a doença e alcançar a cura. Neste trabalho, no entanto, houve preocupação em se romper com essa concepção na condução das entrevistas (o que nem sempre foi possível). Isso se mostra como limitação do estudo e como um desafio para novas pesquisas.

Esclarecidos tais conceitos, e com uma visão crítica do que os IT foram capazes (ou não) de investigar dentro do campo da saúde coletiva, podemos avançar na discussão, para entendermos de que modo utilizamos as narrativas, como instrumentos para apreender as trajetórias assistenciais em nosso estudo.

5.2 APREENDENDO OS IT DAS PESSOAS TRANS NA BUSCA POR CUIDADO

Para apreender os itinerários terapêuticos dos participantes de nossa investigação, utilizamos as narrativas como recurso metodológico. Como pontua Rosana Onocko-Campos (2013), a narrativa não é algo que está previamente pronto prestes a ser extraído do entrevistado. Na verdade, ela é produzida a partir de uma relação que, necessariamente, implica o entrevistador e o

entrevistado na produção de uma rede de sentidos e significados sem qualquer compromisso com uma linearidade cronológica ou com uma objetividade dos fatos. Justamente por isso, o seu uso no campo das pesquisas qualitativas tem sido cada vez mais frequente, uma vez que ela reflete as irregularidades da atividade humana, considerando as subjetividades, os aspectos histórico-sociais e interrelacionais.

Dentre as diferentes perspectivas das narrativas, uma me chamou especial atenção. Chimamanda Ngozi Adichie, escritora contemporânea nigeriana, tece em seu texto *O perigo de uma história única*, de 2019³², considerações sobre o que chamou de “História única”. Segundo ela, assim como o mundo político e econômico, as histórias são definidas pelos seguintes aspectos, dentro de uma lógica de poder: quem as conta, como elas são contadas, quando são contadas e quantas são contadas (2019). Nesse contexto, o poder seria a habilidade, para além de contar a história de outra pessoa, de fazer com que ela seja a história definitiva do sujeito (ADICHIE, 2019). Ainda segundo a autora:

É assim que se cria uma história única: mostre um povo como uma coisa, uma coisa só, sem parar, e é isso que esse povo se torna. É impossível falar sobre a história única sem falar sobre poder (...) O poder é a habilidade não apenas de contar a história de outra pessoa, mas de fazer que ela seja sua história definitiva. O poeta palestino Mourid Barghouti escreveu que, se você quiser espoliar um povo, a maneira mais simples é contar a história dele e começar com “em segundo lugar”. Comece a história com as flechas dos indígenas americanos, e não com a chegada dos britânicos, e a história será completamente diferente. Comece a história com o fracasso do Estado africano, e não com a criação colonial do Estado africano, e a história será completamente diferente.

Foi seguindo essa indicação que busquei trazer as narrativas como o núcleo central desta pesquisa, de forma a tentar quebrar ideias pré-concebidas a respeito das experiências trans e do que se passa em suas buscas por cuidado. Trata-se de um esforço de evitar estereótipos incompletos que roubam

³² O Perigo de uma história única trata-se, na verdade, de uma palestra proferida por Chimamanda Ngozi Adichie no TED Talk, em 2009. Em 2019, houve a adaptação em livro homônimo no Brasil. Na plataforma de vídeos Youtube, o vídeo de Chimamanda é um dos mais acessados dentre os do canal do TED até hoje, e passa de 18 milhões de visualizações. O vídeo pode ser acessado em: www.ted.com/talks/chimamanda_adichie_the_danger_of_a_single_story?language=pt-br

a dignidade das pessoas (ADICHIE, 2019). Entendendo que tal postura pôde possibilitar narrativas que, como bem adverte Walter Benjamin, tenham o potencial de transformação de nossa realidade social (BENJAMIM, 2000).

No encontro com os participantes desta investigação, me posicionei como um ouvinte legitimamente interessado em ouvir suas histórias em sua mais absoluta singularidade. Para facilitar o processo, elaborei um roteiro semi-estruturado (anexo 1): construí algumas perguntas-chave (MACHADO, 2002), que permitissem desencadear narrativas que contemplassem acontecimentos e decisões tomadas na sua busca de cuidados à saúde, sem deixar, no entanto, os entrevistados inibidos de se estenderem para outros aspectos de suas histórias, caso sentissem necessidade.

O trabalho de campo foi feito no Ambulatório de Atenção à Saúde de Pessoas Transexuais e Travestis do Hospital Eduardo de Menezes (Ambulatório Trans Anyky Lima), da Rede FHEMIG. O projeto foi submetido à apreciação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG e aprovado, por meio de emenda a um Projeto maior de pesquisa, intitulado Características sociodemográficas e do percurso de transição, saúde, discriminação e violência de pessoas transgêneras que acessam o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Estado de Minas Gerais³³, sob o CAAE: 04612518.9.0000.5124.

Para participar da investigação, não havia critérios rígidos: bastava ser maior de 18 anos, aceitar participar da pesquisa e assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico. Abordei alguns usuários, expliquei os objetivos e os métodos do estudo e os convidei para uma entrevista. Elas foram realizadas por mim no espaço físico do Ambulatório Trans Anyky Lima, fora do horário de atendimento. Tais entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Foram, ainda, avaliados os prontuários dos usuários e usuárias, para que fosse possível a contextualização de cada história. Registros feitos em outras situações durante o trabalho do pesquisador principal

³³ Este projeto maior visa levantamento do perfil sócio-demográfico dos usuários do Ambulatório Trans Anyky Lima, com revisões de prontuários para determinar, entre outros, dados como quantidade de homens trans, mulheres trans, travestis e outras identidades de gênero; escolaridade, estado civil, casa própria, profissão/ocupação; quantidade de filhos biológicos ou desejo de tê-los; apoio social/familiar; desejo de intervenções corporais como prótese mamária, mastectomia masculinizante, redesignação sexual, entre outras; morbidades clínicas; uso de substâncias; morbidades de saúde mental, tentativas de autoextermínio e automutilação, entre vários outros dados. As entrevistas realizadas nesta pesquisa inserem-se como um braço da pesquisa maior.

também foram utilizados. Todos os cuidados necessários à garantia da confidencialidade e privacidade dos participantes foram tomados.

Foram entrevistadas, entre novembro e dezembro de 2019, três pessoas usuárias do ambulatório trans Anyky Lima. Todos os usuários abordados já tinham assinado o TCLE da pesquisa intitulada *Características sociodemográficas e do percurso de transição, saúde, discriminação e violência de pessoas transgêneras que acessam o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Estado de Minas Gerais*, e foi necessária a assinatura de um TCLE específico para a entrevista. Quanto à identidade de gênero autodeclarada das pessoas entrevistadas, foram duas mulheres trans e um homem trans, conforme registro em prontuário e confirmação feita por mim antes de iniciar as perguntas da entrevista. As três pessoas entrevistadas foram escolhidas de forma aleatória na sala de espera do ambulatório. As duas mulheres já eram atendidas por mim de forma regular. As considerações sobre o fato de eu já conhecer as entrevistadas e ter um vínculo médico-paciente serão feitas durante a discussão dos resultados. O rapaz entrevistado nesse período também foi abordado na sala de espera, mas nunca tinha sido atendido por mim. Essas três entrevistas foram realizadas dentro do consultório onde já faço os atendimentos de forma regular – as considerações sobre a repercussão disso, nas narrativas, também serão descritas na discussão.

Os nomes dos usuários foram substituídos por nomes fictícios, a fim de preservar o sigilo e a confidencialidade das informações. Assim também foi feito com relação a cidades, bairros, nomes de familiares e nomes de hospitais públicos e privados. Apenas a identificação do ambulatório foi mantida, visto que já é sabido que todos eles fazem seu acompanhamento no Hospital Eduardo de Menezes. Também se mantêm algumas referências à cidade de Belo Horizonte, por ser importante na construção dos dados.

Segue tabela esquemática com informações sobre as entrevistas:

Quadro 1 – Entrevistas

Nome	Idade	Data da entrevista	Duração da entrevista	Data que iniciou o acompanhamento ambulatório trans	Local em que foi realizada a entrevista
Fabiana	62	31/10/2019	43:32	13/12/2018	Consultório Psiquiatria 12 –
Flávia	57	02/01/2020	47:26	10/05/2018	Consultório Psiquiatria 12 –
Caíque	29	04/11/2019	33:18	04/11/2019	Consultório Psiquiatria 12 –

Fonte: o autor

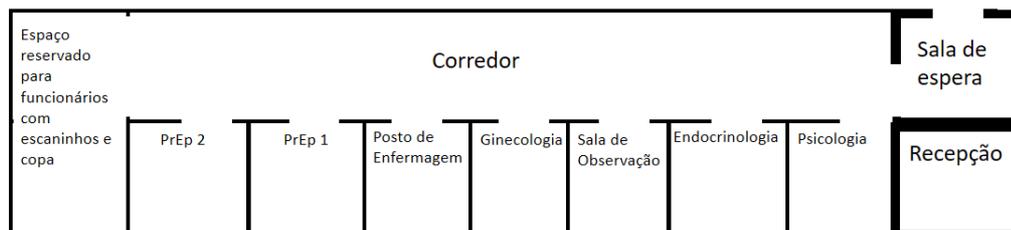
Segue ainda um esquema do espaço físico ocupado pelo ambulatório no Hospital:

Figura 1- O espaço físico do Ambulatório Trans Anyky Lima nas quintas feiras pela manhã



Fonte: O autor

Figura 2- O espaço físico do Ambulatório Trans Anyky Lima nas quintas feiras pela tarde



Fonte: O autor

Este esquema do espaço físico não tem o compromisso de ser uma planta arquitetônica do ambulatório, portanto, não respeita uma escala detalhada, embora, a grosso modo, tenha sido feito o mais próximo possível do real. Os consultórios são utilizados conforme a maneira Figura 1, no período da quinta de manhã³⁴, sendo que em outros horários e dias são utilizados de outra forma, de acordo com a dinâmica do hospital, para outras clínicas. O consultório odontológico não tem relação com o ambulatório trans a princípio, a não ser que haja uma demanda específica. Os consultórios com a legenda PrEp 1 e PrEp 2 dizem respeito às consultas de Profilaxia Pré-exposição (PrEp), da Infectologia. São dois consultórios, sendo um de atendimento da Infectologia e outro de consultas da Enfermagem. Dada a limitação de espaço físico, os atendimentos do serviço social e da Psiquiatria ficam no mesmo ambulatório onde são feitos pela manhã; assim, o espaço de atendimento do ambulatório fica fragmentado.

Após a transcrição e discussão sistemática das três entrevistas, seguindo a lógica da saturação (Minayo, 2017), entendemos que já tínhamos um material suficiente para cumprir com os principais objetivos da investigação. A análise das transcrições aconteceu levando em consideração os pontos de repetição, de contradição ou de surpresa de cada uma das narrativas. Elas foram analisadas de forma a localizar os pontos de conexão entre as experiências

³⁴ Todas as informações referentes a horários e utilização de salas do ambulatório remetem ao período pré-pandemia de covid-19. Com a pandemia, o hospital passou por período de reestruturação geral – o ambulatório trans, como todos os outros ambulatórios do hospital, ficou fechado por determinação da gestão por alguns períodos; os profissionais foram realocados para outras funções dentro do hospital para contingenciamento da situação da pandemia; consultórios do ambulatório ficaram a disposição da infectologia, alguns se tornaram “ambulatório de condições respiratórias” para atendimentos de profissionais da rede FHEMIG com suspeita de Covid-19. O Hospital-Dia se tornou descanso dos profissionais plantonistas, pois a quantidade de profissionais aumentou de forma importante com os chamamentos emergenciais. Trabalhamos no Ambulatório Trans de forma fragmentada, dentro do possível, como telemonitoramento a atendimento de demandas mais urgentes, pois também estávamos realocados. Até o momento da finalização deste texto, não sabemos como será o funcionamento do trabalho a posteriori.

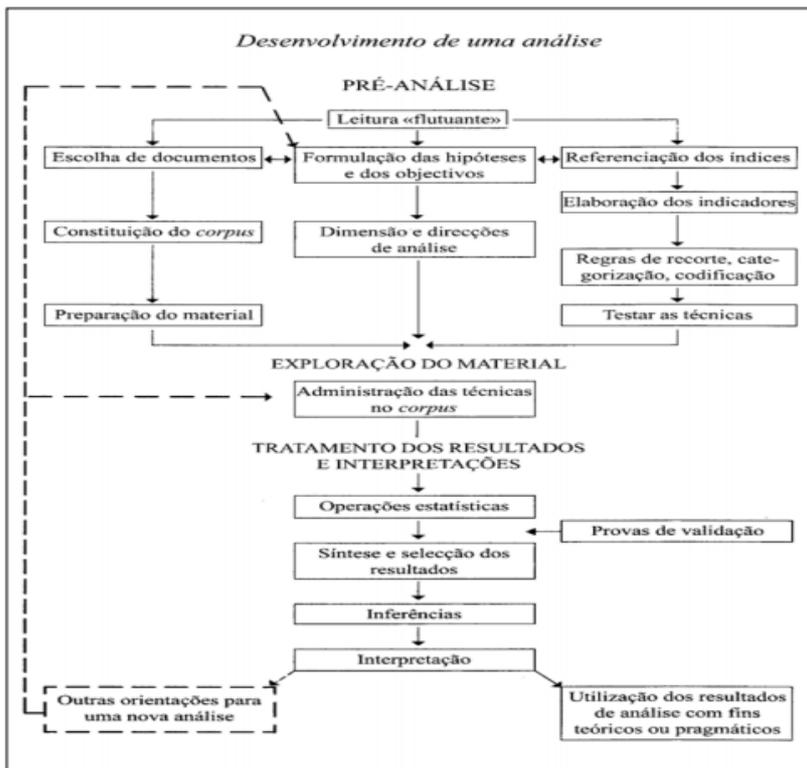
individuais e o contexto social de sua ocorrência (organização dos serviços de saúde, características da prática e do saber médico, características da subjetividade contemporânea), tendo em vista a localização de regularidades e tendências características dos itinerários dos participantes (VAL, 2015).

Para organizar os resultados, optei, primeiramente, por contextualizar cada história, cada caso individualmente, naquilo que aquela pessoa traz de singular. A análise das narrativas começa nesse ponto, permitindo que façamos a descrição de questões próprias de cada indivíduo com quem conversei. Esse ato introdutório contribui para que possamos construir o Itinerário Terapêutico de cada sujeito. Depois, entre cada narrativa, situei um trecho observado no campo como um texto próprio, quase independente, para que fosse possível trazer novas informações a respeito da construção do trabalho³⁵ e, ao mesmo tempo, tornar a leitura mais agradável. Por fim, retomei as três entrevistas, analisando outros pontos não citados anteriormente, a partir da análise de conteúdo.

A partir das três narrativas, optei pela Análise de Conteúdo de Bardin (2011), como método para analisar e interpretar os resultados. A Análise de Conteúdo consagra-se como um importante procedimento de pesquisa, que se situa dentro de um delineamento mais amplo da teoria da comunicação (FRANCO, 2018), e tem como ponto de partida a mensagem. É um instrumento utilizado em pesquisas por várias áreas do saber, como linguística, etnologia, história, psiquiatria, psicologia, ciências políticas e jornalismo (SILVA; FOSSÁ, 2015). Aqui, o enfoque dado à Análise de Conteúdo ocorreu dentro de uma perspectiva qualitativa.

³⁵ Utilizo aqui a palavra trabalho tanto no sentido desta pesquisa quanto do trabalho cotidiano como médico assistente no Ambulatório Trans

Figura 3 - Esquema clássico de desenvolvimento de uma Análise



Fonte: Bardin (1977, 2011)

Para submeter as narrativas a esse procedimento, precisei, primeiramente, observar e apreender o método. Assim, segui a metodologia de Laurence Bardin (2011), teórica da Análise de Conteúdo, que traz as suas contribuições à construção deste instrumento, desde a década de 1970. Uma das grandes vantagens dessa metodologia seria o fato de que, respeitados os rigores da técnica, me senti livre para exercer a intuição e criatividade na análise, de forma que o singular estivesse presente.

Quanto ao método, Bardin (2011) explica que a organização da análise ocorre em diferentes fases, respeitando alguns polos cronológicos, a saber:

1. Pré-análise
2. Exploração do material
3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação

Pré-análise

Essa seria a fase de organização propriamente dita (BARDIN 2011). Aqui, há três objetivos: a escolha dos documentos, a formulação de objetivos e hipóteses e a elaboração de indicadores que vão possibilitar a interpretação final. Há alguns pontos importantes a respeito da pré-análise:

- a) **Leitura flutuante:** nomeada propositalmente de forma a ser comparada com o trabalho do psicanalista (BARDIN, 2011), essa fase seria a de familiaridade com os documentos, deixando-se tomar pelas impressões iniciais, para dar seguimento na pesquisa.
- b) **A escolha dos documentos:** A escolha feita aqui, como já se sabe, foi a das narrativas colhidas nas entrevistas semiestruturadas com pessoas que utilizam o serviço do Ambulatório Trans. Há quatro preceitos na escolha dos documentos que precisam ser observados (BARDIN, 2011):

- **Regra da exaustividade:** é preciso levar em conta todo o conteúdo do *corpus* definido;

- **Regra da representatividade:** a amostra deve ser representativa do universo inicial – se a amostra não for representativa nas categorias inicialmente almejadas, é importante que se definam categorias em que essa amostra se faça representativa;

- **Regra da homogeneidade:** os documentos devem ser homogêneos dentro dos critérios precisos de escolha;

- **Regra da pertinência:** os documentos devem ser uma fonte de informação, de forma que correspondam ao objetivo que suscita a análise.

- c) **Formulação das hipóteses e objetivos:** Aqui, diferentemente de um campo fechado, no qual tudo estaria pré-estabelecido, é possível, para Bardin (2011), que o campo esteja aberto a uma investigação exploratória, definindo hipóteses e objetivos sem uma ordem causal nem cronológica óbvia. Embora, mesmo no campo aberto, existam hipóteses implícitas, a posição latente permite produzir desvios nos procedimentos e nos resultados.

d) A elaboração dos índices e construção dos indicadores: nesse ponto, define-se os índices que a análise explicitará e organiza-se sistematicamente seus indicadores. Foram realizadas leituras sistematizadas para encontrar as semelhanças e diferenças nas narrativas, organizando os achados em unidades de acordo com o significado. O próximo passo foi reunir essas unidades em temas: por se tratar de uma investigação dos Itinerários Terapêuticos, os temas são os momentos da busca por cuidados da vida de cada uma das pessoas entrevistadas, que se repetem. Assim, foram criados seis núcleos temáticos baseados nesses momentos dentro dos itinerários:

1. A localização de uma demanda no campo da saúde e a busca dos cuidados com base nessa demanda.
2. O encontro com as barreiras ao acesso, das mais variadas formas.
3. A procura por alternativas, após as primeiras tentativas frustradas de acesso aos serviços formais.
4. O aviso: O ato de insistir nos aparelhos formais, mas agora informando os profissionais anteriormente sobre o fato de ser uma pessoa trans.
5. A desestabilização dos fluxos pré-estabelecidos, tanto nos aparelhos formais quanto para além disso - o ato de desestabilizar as inteligibilidades construídas socialmente.
6. A avaliação atual da saúde, tanto em termos do que nomeiam como sua transição social, quanto em termos gerais.

e) Preparação do material: é a preparação formal do material a ser analisado. No caso desta pesquisa, a preparação consistiu em as entrevistas serem transmitidas na íntegra e as gravações preservadas.

A seguir, apresentaremos as narrativas e as discussões, tensionando-as com referenciais teóricos oriundos das ciências sociais e da saúde coletiva.

6. Resultados e discussões

6.1. Fabiana – “*Você não é homem mais*”

Eu me senti transformada em mulher desde os 13 anos. Com 12 anos, eu já era um pouco mais diferente, mas não usava roupa de mulher... Usava calça... normal. Aí eu conheci umas amigas no meu bairro B., a gente começou a trocar ideia, conversar comigo, aí eu fui me transformando... aí com 13 anos eu comecei a vestir de mulher: deixar meu cabelo crescer, eu nunca usei peruca, né, toda vida meu cabelo foi normal, nunca botei cabelo, nunca usei peruca, sempre meu cabelo era aqui [aponta para altura dos ombros], aí fui reformando, totalmente mulher mesmo. Aí eu usava vestido, saia, shortinho, tudo de mulher... calcinha... tudo de mulher. Desde os 13 anos. Nunca gostei de bola, nada de homem. Sempre tudo era mulher.

Teve muito preconceito em Belo Horizonte, sabe? Teve demais. A gente tava num lugar, tinha que sair correndo, tava no barzinho, o dono do bar tinha que pôr a gente... porque era de menor! Tinha que me esconder que a polícia ia procurar, né? Dar busca... Os donos do bar sempre me escondia, nos fundo, porque eu era de menor. Eu fazia programa já. Quando eu me entreguei pela primeira vez, eu me lembro, foi com 12 anos. O rapaz tinha 17. Foi assim: lá no bairro B., aqui em Belo Horizonte, pra lá da p., lá embaixo, perto do campo, tinha um barraco só de travesti, sabe? Era o tipo duma boate... era o tipo duma boate, eu me lembro. Aí eu sempre passava lá, eu ia pro campo, e via aquela turminha lá, aquele tanto de mulher na porta, tudo, eu comecei a panhar amizade. Aí uma delas falou assim: “Vem aqui mais tarde pra gente trocar de ideia, pra gente conversar”...

Com 12 anos (...) Minha mãe já tava na cidade P., que assim que meu pai morreu, minha mãe entregou eu pra minha tia, pra minha madrinha de batismo, e minha irmã, entregou pra madrinha dela, né? (...) “Ó, fica com ele até eu acertar minha vida, pra onde eu vou” (...) Aí fiquei morando com minha tia, saía na rua, esses negócio, né? Ficava brincado... “Olha, tia, eu tô saindo”. “Onde você tá indo?” “To indo na rua brincar com minhas colega”. Mas sempre no meio de home. E sempre com aquele negócio, assim, olhando pra frente dos home. Pra braguia [braguilha]. Aí, fui descer, então, dia de sábado, eu descí, fui lá pro campo, tinha jogo, eu gostava de assistir jogo, quando vê aqueles home de short, sabe? (Muitos risos). Aquele negócio lá... Eu ficava lá... Os gay também ia. Os gay tava lá também e tudo... Aí uma delas falou comigo: “Entra aqui”. Aí, peguei, entrei. Era um barzinho, tinha um balcão, sabe? Vendia bebida... E os home saía do campo, aquela turminha, e ia tudo pra lá, procurar os (sic) travesti, procurar os gay lá, né? Aí a menina foi lá, a irmã dela, não sei quem, não lembro mais, veio com um copo assim ó: (...) “Ce quer guaraná?” Aí foi lá, pegou aquele copo que eu não conhecia, pôs guaraná, só que colocou alguma coisa dentro do copo, no guaraná. Eu bebi aquilo, comecei a zonzear. Zonzeei, zonzeei, zonzeei, fiquei meio tonta, quando eu acordei, mais tarde, eu tava na cama... sabe? Eu tava na cama toda suja de sangue.

Primeira vez. Aí falei: “uai gente, que que aconte...” aí ela falou “Vai lá tomar um banho”. Fui lá, tomei um banho, ela me deu um shortinho delas lá, aí perguntei “O que que aconteceu?” “Você foi estrupada. O cara te comeu. Agora você não é homem mais, você é gay”. Falou comigo de cara. “O cara transou com ce e ce não viu”. “Mas como?”

“Sabe aquela bebida que eu te dei? Eu misturei alguma coisa”. Ela pôs droga (Fabiana).

Fabiana começa sua narrativa com o relato de um estupro do qual ela foi vítima aos 12 anos de idade. Ela ainda se lembra da associação feita entre estupro, identidade de gênero e orientação sexual, quando diz que ouviu alguém dizer após o ato de violência: “Você não é homem mais; você é gay”. Antes do crime, ela já se identificava com o universo feminino em vários elementos (“Com 12 anos, eu já era um pouco mais diferente, mas não usava roupa de mulher”), e já percebia sentir atração por homens (“Eu gostava de assistir jogo, quando vê aqueles home de short, sabe?”); ainda assim a frase se insere de forma contundente em sua história de vida. A relação com o sexo aparece na fala dessa mulher em diferentes momentos, desde os primeiros minutos de nossa conversa.

Fabiana é uma mulher trans de 61 anos. Nasceu em Belo Horizonte e reside há muitos anos em uma cidade do interior de Minas Gerais. Trabalha com serviços gerais em uma instituição de saúde na cidade interiorana há muitos anos. Tem um companheiro mais de 30 anos mais jovem, com quem vive, e planeja se mudar para um distrito ainda menor, nos arredores da cidade. Faz uso de hormônios femininos há muitos anos e é acompanhada pelo Programa de Saúde da Família no território. Foi encaminhada ao Ambulatório Trans com a demanda de cirurgia de redesignação sexual. Ficou muito desapontada no primeiro atendimento, em 2018, quando descobriu que o acompanhamento do ambulatório Anyky Lima seria dentro da lógica ambulatorial³⁶ do processo Transexualizador, e não da lógica cirúrgica. Tinha grande expectativa de que fizesse a cirurgia no HEM. Relata que a genitália lhe traz grandes desconfortos, como não poder utilizar as roupas que gostaria e se sentir constrangida na hora do sexo.

Trata-se de uma pessoa simples que vive com recursos financeiros limitados, mas consegue se organizar. A usuária não tem vínculo com redes de apoio de pares, não participa de grupos, não tem vivência com a militância LGBT

³⁶ A Portaria 2803 de 2013 institui duas modalidades possíveis dentro do Processo Transexualizador: a modalidade ambulatorial, que envolve hormonioterapia e acompanhamentos pré e pós cirúrgico, e a cirúrgica, que abrange além dos procedimentos citados, a cirurgia de redesignação sexual e outras intervenções corporais.

– mas consegue sustentar sua identidade de gênero pelas próprias experiências que teve ao longo da vida. Em alguns momentos usa o pronome masculino – principalmente quando se refere à sua infância, como se esse período se tratasse de uma outra pessoa; não mostra familiaridade com termos como disforia, incongruência ou mesmo com a palavra pronome, mas isso mesmo é o que torna tão clara a forma como ela consegue sustentar a sua identidade independente do que já foi construído socialmente a respeito disso, tanto nos meios acadêmicos quanto políticos, entre os outros campos nos quais surgem a discussão sobre gênero.

Atualmente, a usuária mostra-se bem vinculada ao serviço. Vai a todas as consultas de forma regular. Tem apoio da Prefeitura e vai no transporte da Secretaria de Saúde. Muitas vezes vai às consultas com o companheiro – diz que precisa acordar de madrugada para pegar o transporte, e que passa por locais de grande vulnerabilidade, e teme ser assaltada ou sofrer alguma forma de violência; por isso, pede que ele a acompanhe. O companheiro participa de algumas consultas. Fabiana sempre nos pergunta sobre a cirurgia de redesignação sexual pelo SUS, e, às vezes, diz que deveria ter prioridade numa fila hipotética da cirurgia por causa de sua idade. Mostra-se ansiosa quanto a isso, mas ao mesmo tempo resignada.

Do ponto de vista da saúde em geral, Fabiana não apresenta nenhuma condição, tanto de saúde física quanto psíquica. Relata desejo de cessar o tabagismo, já foi inserida no Grupo de Tabagismo no território e estava se organizando para voltar ao mesmo. Fuma mais de dois maços de cigarros por dia e reconhece isso como um problema, ainda mais com o uso de hormônios femininos, uma combinação que pode aumentar o risco de evento cardiovasculares, como infarto, AVC, trombozes, entre outros.

Mesmo que nunca tenha tido um episódio de sofrimento psíquico bem caracterizado, conta que, na sua adolescência, quando mostrava sinais de que se entendia como uma pessoa trans, foi internada em um hospital psiquiátrico. Pelo seu relato, tal internação teria sido na década de 1980. Quando eu pergunto, em sua entrevista, sobre quando foi a primeira vez que buscou algum tratamento para avaliar possibilidades de intervenção quanto à identidade trans,

ela entende sob outro aspecto e conta um episódio de tentativa de sua família de reverter essa condição.

Minha mãe veio aqui em Belo Horizonte, me levou no Hospital... fiz tratamento... tudo, minha tia, tudo, falou: “Não, leva esse filho seu, tá muito diferente, ele tá assim, assado, tal, tal”, contou tudo pra minha mãe. Ela falou assim: “Meu Deus do céu, que que meu filho tá virando, gente?” Aí foi, minha tia arrumou tudo, foi no D... já ouviu falar no Hospital D.? Aí minha mãe pediu internação. Fiquei 2 mês internada, fazendo tratamento, né, não teve jeito, né?

Minha mãe não aceitava, não queria que eu fosse gay... [Queria] que eu fosse homem! Sabe? Que eu fosse homem. Me examinou, o médico me examinou, tudo, falou: “Não, tem nada de home. O trem dele é desse tamanzinho. Não vai crescer mais, vai ficar desse tamanho”.

Olha, lá eu fiquei internada lá pra... tomando remédio, tomando injeção, tomando comprimido à noite... esses negócio, né? Ver se meu corpo mudava, né? Não mudou nada! Eu me apaixonei... namorei com um enfermeiro... fazia sexo no hospital... sabe? Eu fazia sexo... o nome do meu namorado chamava até Sandro. Enfermeiro. Lindo o enfermeiro. Aí minha tia ia me visitar lá, e via eu lá dentro diferente, sempre de home, sabe?

Aí minha mãe... minha tia... minha madrinha ligou pra minha mãe, que ela trabalhava num hotel, na cidade de P., aí minha tia, minha madrinha ligou lá pro Hotel e falou: “Ce dá um pulo aqui. O médico do seu filho – eu chamava Lindomar – do Lindomar tá te chamando urgente aqui no Hospital A.”.

Minha mãe veio! Aí foi minha madrinha, meu padrinho, minha mãe, tudo no Hospital. Aí o médico chamou, fez uma equipe. Chamou minha mãe, fez uma reunião em família. Eu fiquei fora, né? Aí tiraram foto, eu não vi. Foto do... eu abraçando o enfermeiro, beijano ele, sabe? As enfermeira, não sei o que aconteceu lá, combinaram lá, não sei, ele tava lá no quarto pegando remédio pros paciente, aí eu abraçava ele, beijava ele, ficava com a mão no trem dele, sabe? Mas não fazia sexo comigo. Aí eu peguei, minha mãe... fez a reunião com minha mãe, quando foi um dia, ele me deu um comprimido pra eu dormir. Aí eu não tomava não, eu cuspiu ele, fingia que tomava, mas não tomava, cuspiu ele fora. Aí eu ia descansar, depois que ele entregava os remédio, vinha com aquele carrinho, né? No quarto pra entregar os remédio... e eu... pra descansar... e eu ia pra lá, deitar na cama dele. Aí esse dia ele fez sexo comigo. Peguei e falei pra ele: “Ó, eu quero transar”. Falei com ele: “Eu quero transar com cê”, não sei o que, falei uma porção de coisa com ele, aí ele transou comigo.

Eu tinha 14 anos já. Mas assim, eu já tinha transado com os outros, né? Só explicando: já tinha transado já. Aí o médico foi e conversou com minha mãe, falou com minha mãe: “Não adianta ele ficar aqui. Que ele não vai virar homem. Eu vou dar ele alta. A vida dele vai ser essa. Ou a senhora aceita... num posso fazer nada. Num adianta tanta injeção, tanto comprimido, tanto remédio, e ele não tá... olha aqui ó”. Mostrou as foto toda pra minha mãe. Então falou com minha mãe: “Dona Maria, não tem jeito, o seu filho não vai virar o que a senhora quer, não vai virar”.

Já é bem documentado na literatura o fato de que as tentativas de reversão³⁷ de orientação sexual e identidade de gênero, além de não surtirem o efeito desejado de quem as aplica, aumentam índices quantificáveis de sofrimento, por exemplo, no número de tentativas de suicídio ao longo da vida (TURBAN *et. al.*, 2019). O tratamento de tentativa de reversão de identidade de gênero não é considerado ético.

No caso da nossa entrevistada, não há elementos que nos façam pensar em uma terapia de conversão da identidade de gênero de forma estruturada, com uma técnica “científica”³⁸ estabelecida voltada para isso, mas, de toda forma, os esforços da internação no hospital psiquiátrico, pela leitura de Fabiana, eram canalizados em fazer com que ela não manifestasse sua identidade de gênero. No relato “Lá eu fiquei internada lá pra... tomando remédio, tomando injeção, tomando comprimido à noite... esses negócio, né? Ver se meu corpo mudava, né?”, ficam evidentes os procedimentos biomédicos aos quais foi submetida numa tentativa de mudar quem ela era.

O fato de nunca mais ter tido um evento de saúde mental que houvesse necessidade de cuidados específicos reforça a ideia de que não havia um episódio de crise instalado, para além da crise familiar. Essa passagem por internação, dentro da trajetória da usuária do serviço, aponta para a forma com que as diferentes identidades de gênero são vistas e manejadas pela sociedade nos últimos séculos – mesmo com as diferenças existentes nesse manejo principalmente nos últimos anos, há uma permanente tentativa de controle da sexualidade dos indivíduos de forma geral.

Mais ainda, podemos perceber como há uma autorização coletiva social instalada em se submeter os jovens a intervenções radicais no campo de sua sexualidade, com o álibi da “correção”. Fabiana conta que tinha 14 anos de idade quando foi internada. Houve uma reunião com familiares, e ela sinaliza: “Aí o

³⁷ Miskolci e Campana (2017) nos mostram, por meio de uma genealogia do termo “ideologia de gênero” na América Latina, como os empreendedores morais buscam delimitar o Estado como espaço masculino e heterossexual, e, assim, refratário às demandas de emancipação feminina e de expansão de direitos e cidadania às pessoas que consideram ameaçar sua concepção de mundo tradicional.

³⁸ O termo “científico” é utilizado aqui somente como uma forma de dizer que há terapias de reversão sexual que se supõem baseadas em algum critério científico – o que não é verdade.

médico chamou, fez uma equipe. Chamou minha mãe, fez uma reunião em família. Eu fiquei fora, né?”. Foucault (2018) mostra que o corpo da criança vigiada, em termos das manifestações de seu sexo, se constituiu como foco local de “poder-saber”. Assim, na relação entre o psiquiatra e a criança, é a sexualidade dos adultos que acaba sendo posta em questão.

Hoje em dia, as internações e terapias de reversão sexual são mais raras do que naquela época, mas ainda se veem movimentos assim surgirem, o que requer vigilâncias das entidades relacionadas aos Direitos Humanos, bem como de toda a sociedade. E quais são, para além dos instrumentos repressivos óbvios, os dispositivos utilizados no século XXI para o controle dos corpos?

Em outra frente, a Associação Mundial para a Saúde de Pessoas Transgêneras (WPATH) coloca que nós, como profissionais de saúde, podemos ajudar as pessoas com algum grau de desconforto com relação ao gênero designado ao nascer, para que elas possam explorar diferentes alternativas de expressão dessa identidade e tomar decisões sobre opções de tratamento para aliviar esse incômodo (WPATH, 2012). Os profissionais de saúde mental não devem expressar rejeição ou atitude negativa em relação às identidades de gênero variadas. Para essa instituição, a aceitação e desabafo do segredo podem trazer um alívio considerável às crianças e adolescentes e suas famílias. Além disso, a associação ainda alerta os profissionais sobre a preocupação que se deve assumir, no cuidado de pessoas trans, com relação a diagnósticos equivocados, muito recorrentes há algumas décadas, e que podem culminar com procedimentos e abordagens danosas aos indivíduos (WPATH, 2012):

Os/as médicos/as inexperientes podem confundir sinais de disforia de gênero com delírios. Fenomenologicamente, existe uma diferença qualitativa entre a apresentação de disforia do gênero e a apresentação de delírios ou outros sintomas psicóticos. A grande maioria das crianças e adolescentes com disforia de gênero não está sofrendo de uma doença psiquiátrica grave subjacente, tais como distúrbios psicóticos (Steensma, Biemond, de Boer, e Cohen-Kettenis, publicado online antes da impressão em 07 de janeiro de 2011). É mais comum que em adolescentes com disforia de gênero coexistam distúrbios internalizados³⁹, como ansiedade e depressão, e/ou

³⁹ Aqui é importante a ressalva de que tais indícios de sofrimento psíquico citados têm relação com o contexto de apoio familiar e social para o indivíduo; se o contexto social é mais frágil, pode haver uma situação de adoecimento; faço essa consideração para reforçar que isso não tem a ver com questões próprias às experiências trans, para não incorrerem no erro de essencializar essa questão.

transtornos externalizados, tais como transtorno desafiador de oposição (DE VRIES et. al., 2010). (WPATH, 2012, p.14)

Já no campo das Ciências Sociais, para além dessas medidas, que seriam quase contingenciais quando se pensa no coletivo (mas de grande importância na abordagem individual do sofrimento), mudanças estruturais muito maiores precisam ser feitas para que toda a lógica do modelo heteronormativo e ciscentrado vigente seja repensada e modificada. O desconforto com questões corporais em si já seria uma repercussão de toda uma série de normas sociais prévias à existência daquela pessoa. As relações de poder seriam intencionais e não subjetivas, se exerceriam a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e imóveis (FOUCAULT, 2018). Na luta pela quebra desse modelo, a Psicologia Social Crítica⁴⁰ brasileira apresenta um terreno de difusão de estudos feministas, ecológicos, antirracistas, anticapitalistas, entre variados estudos sobre a sociedade do Brasil e processos psicossociais (PERUCCHI; BRANDÃO, 2019). Isso significa que há uma postura desconstrutiva (LOURO, 2018) para lidar com a lógica binária – pensar de uma maneira *queer* não quer dizer lutar por uma certa integração, é ir muito além disso: a busca é por romper com a lógica vigente (LOURO, 2018).

Sendo assim, a narrativa de Fabiana sobre uma internação em hospital psiquiátrico para reversão da sua identidade de gênero suscita na presente pesquisa a construção de que há três olhares distintos da saúde mental às possíveis abordagens das identidades de gênero, na contemporaneidade, a saber: (1) As abordagens negacionistas, que visam o controle e “reversão” das identidades, num modelo obviamente antiético, que culmina em aumento do sofrimento psíquico; (2) As abordagens biomédicas, como as da WPATH, que apontam para a importância de atendimento acolhedor e afirmativo, e que permitem uma construção mais cuidadosa em relação à saúde de pessoas trans; (3) As abordagens sociais, que reconhecem a importância do acolhimento e do cuidado à saúde, mas que reforçam que o ponto mais crítico de toda a questão seria a urgência em se fazer uma mudança discursiva no campo das identidades

⁴⁰ Trata-se de uma vertente da Psicologia que defende que teoria e prática são indissociáveis; é compromissada com os contextos sociais.

trans, partindo da desconstrução da cisgeneridade e heterossexualidade compulsórias.

Passada a contextualização inicial sobre suas primeiras memórias do início de sua transição, no caso ainda na adolescência, a entrevistada entra na narrativa sobre seus itinerários terapêuticos na busca de cuidados à saúde de forma mais ativa. Relata que com pouco mais de 14 anos, mudou-se de cidade, viajava com as travestis e mulheres trans que conhecia, e depois, aos 18 anos, se mudou para outro estado do Sudeste do Brasil. Durante a adolescência, relata que já fazia uso de hormônios femininos. Diz:

Eu era... passei a ir na casa dos (sic) travesti... fazer programa. Pegava dinheiro, como eu era de menor, as de maior ia lá e comprava [hormônios femininos], e eu tomava. Na farmácia num liberava, né? Aí o médico passava a receita pra ela, com nome dela, entendeu como que era o cambalacho? Porque o meu nome, não podia passar a receita no meu nome, porque eu era de menor. Como as de maior já tinha nome de guerra, aí ele escrevia. Passava pra ela, ela passava pra mim, eu que tomava.

E conta das dificuldades nesse contexto de hormonização não supervisionada:

Igual aconteceu... acho que foi aqui mesmo, depois que eu tava aqui. Que o farmacêute, um tal de Murilo, toda vida aplicava injeção ne mim. Lá em... lá... a injeção do hormônio. Uma vez por mês. Aí eu tinha parado com injeção uns tempo. Aí depois voltei na farmácia, eu voltei na farmácia, aí pedi: "Ô Murilo, tá tendo aquela injeção do hormônio ainda?" Ele falou: "Tá! Ce vai voltar a tomar de novo?". Falei assim: "Vou". "Só que é, Fabiana, eu não posso passar pra você a injeção sem receita médica". Ele aplicava ne mim sem receita médica. Aí falei assim: "Mas toda vida cê aplicava ne mim a injeção!" Aí ele falou: "Agora não pode, o dono da farmácia num quer. Vou passar o nome dela e cê passa no médico, pede a receita e traz aqui que eu passo pra cê". Quando eu peguei a receita e levei no médico Carlos, Carlos olhou, bateu no computador dele lá, e falou assim: "Não, cê não vai tomar essa injeção". Aí eu falei: "Uai, toda vida eu tomei ela". Aí ele falou: "Cê já tomou essa injeção?" Falei assim: "Já". "Como que era?" Falei: "Normal, eu engordava, o peito crescia". Aí ele falou: "Não, essa injeção num pode tomar mais não". "Por que, Carlos?" Ele é meu médico lá do posto, né? "Porque cê vai dar músculo de homem, cê vai dar barba e o peito não vai crescer muito. Cê vai virar mais homem que mulher. Cê quer mudar?" Falou comigo. "Cê quer continuar feminina ou cê quer ser homem? Cê vai dar barba, vai dar o buço seu, vai ficar como homem. Você não vai tomar ela, eu vou arrumar outra pra você". Aí ele arrumou outra injeção pra mim. Aí, essa injeção que ele passou

pra mim, eu não cheguei a tomar ela não, aí ele mandou trazer aqui, cê lembra? É... Aí eu trouxe o nome dela aqui. Aí cê mandou eu passar naquele médico, num foi? Aí que ele mudou. Agora ele me deu receita pra continuar com essa. [Pergunto: “Então será que você tomou muito tempo o hormônio errado na farmácia?”] Eu não sei, porque o Murilo aplicava ne mim sem receita médica. Mas o peito crescia. Peito crescia, bunda crescia.

A despeito de dificuldades como a de conseguir hormônios femininos, Fabiana segue na sua transição, construindo seu cuidado à saúde dentro de suas possibilidades. Na cidade do interior de Minas Gerais onde se fixa, depois de alguns anos, passa a trabalhar como serviços gerais em um serviço de saúde, e com isso cria vínculos consistentes com a equipe. Fica um tempo morando com sua mãe, e depois vai morar sozinha. O fato de trabalhar em um serviço da Atenção Primária à Saúde facilita o seu acesso ao cuidado de forma considerável. Ela nos conta um pouco de como essa criação de vínculos repercute positivamente nessa construção:

Porque eu trabalho lá dentro, né? Então eu não vou ne posto, eu já fico lá mesmo, eu trabalho lá direto, então qualquer coisa, já vou na médica, né? Já marco a ficha lá e já me consulta lá. Quando preciso dum exame, ela já passa pra mim, entendeu? Igual exame de sangue do hormônio, faço de 3 em 3 mês, ela já passou, já to com o pedido, até mostrei ele lá, vou fazer dia 10 de janeiro.
Lá no posto também eu sou serviços gerais. Atendo telefone... quando a menina tá ocupada lá, a que trabalha no balcão, ela tá ocupada, foi almoçar, eu atendo telefone... porque eu sei os horários da médica, dos médicos, os dia que vai, eu sei tudo, entendeu?

Assim, a entrevistada consegue acessar os serviços tradicionais em saúde com relativa facilidade, se compararmos com as dificuldades clássicas que as pessoas trans apresentam nesse acesso (PEREIRA; CHAZAN, 2019). Ela nos conta que um médico de equipe a acompanha regularmente e sempre renovou as prescrições de hormônios antes de ela começar o acompanhamento no Hospital Eduardo de Menezes, além de fazer as avaliações de saúde como um todo, para além das questões da transição. O vínculo com a atenção primária é bastante sólido. Exemplo de como as relações de trabalho tem uma função organizadora na vida da paciente seria a escolha do seu próprio nome, que surge a partir de uma estagiária do seu local de trabalho, no começo dos anos 2000.

Nessa época, Fabiana decide abandonar o nome que utilizava na prostituição e é batizada novamente:

Porque essa Fabiana, eu coloquei meu nome Fabiana porque tinha uma funcionária fazendo estágio, ela era da cidade C. Ela era estudante. Aí ela tava fazendo estágio aonde eu trabalhava. Fazendo estágio pra advogada, sabe? Pra advogada. Hoje ela já é advogada em São Paulo. Foi embora. E ela chamava... chamava, não, chama, né, que ela não morreu ainda não, ela chama Fabiana. Então a mãe dela tinha uma loja, tinha ou tem, num sei, que vendia roupa de mulheres, vendia roupa de mulheres, vendia brinco, vendia anel, tudo de mulher. Aí quando ela foi trabalhar com nós, ela... eu chamava Rosângela. Nome de guerra, sabe? Meu nome era Rosângela. Aí ela me chamava: “Ô Rose, ô Rosângela!” Aí nós panhamo aquela amizade, tudo, lá no local de trabalho, que ela tava fazendo estágio como advogada. E a mãe dela tinha loja em C., e essa Fabiana, ela levava saco de roupa pra vender, pra gente. Pra pagar por mês. Aí eu comprava vestido, comprava blusas, comprava brinco, essas coisas tudo né? Aí adorei ela, tudo... ela ficou noiva, convidou a gente pro noivado, foi na casa dela, a família dela me tratou muito bem (...).

Ela vendia roupa pra mim, tudo... aí teve a formatura dela. Ela convidou a gente, tudo. Aí eu peguei e falei assim: “Cê num importaria de trocar meu nome não?” “Assim, como?” “Eu queria pôr seu nome de lembrança”. Ela falou assim: “Pode, uai! Se você quiser pôr meu nome, pode.” Aí eu peguei e passei a chamar assim, Fabiana. Aí eu peguei, teve uma festa lá, num fim de ano, aí eu me batizei, com champanhe. Aí foi aquela turma de gay, num barzinho, sabe? Aí eu falei: “Gente, a partir de hoje eu não vou chamar Rosângela mais. Eu vou chamar Fabiana”. Aí jogaram champanhe na minha cabeça, jogaram ovo na minha cabeça, fizeram festinha lá, sabe? [Risos]

Aqui, é muito importante observar como Fabiana procura como referências em sua história mulheres cisgêneras que ocupam posições de destaque social. O nome com o qual decide abandonar aquele utilizado na prostituição e ser novamente batizada é o nome de uma pessoa que tem um lugar bem estabelecido na sociedade: uma mulher cisgênero, advogada, noiva. Teixeira (2009) nos mostra como “a construção do humano é uma operação diferencial que produz o mais humano, o não humano, o menos humano e o humanamente impensável” (TEIXEIRA, 2009, p.21). Assim, Fabiana, na sua busca pela inserção no discurso, entende que é necessário ser não apenas uma mulher, mas uma “mulher de respeito”, para que a sua existência seja viável.

Por ser funcionária da prefeitura há 30 anos, Fabiana consegue acessar diferentes níveis da atenção à saúde de forma assertiva. Depois de ficar muitos anos em acompanhamento com os profissionais da atenção primária, decidi

que precisava dar continuidade aos seus cuidados à saúde com uma ginecologista. Procurou a ginecologista e obstetra da cidade. Criou-se uma relação consistente entre as duas:

A minha médica que eu tinha antigamente era a Dra. Sílvia. Essa médica é mulher de parto. Uma médica que faz parto, entendeu? Ela trabalha no Hospital C., agora que aposentou. Ela aposentou agora, ela tem o escritório dela particular, a clínica. Ela tem uma clínica particular agora. E o marido dela é adevogado. Então, eu comecei... é... passar a consultar com ela, que ela é médica de parto, ela faz parto. Mulher pra ganhar neném. Hoje, ela cobra particular. Ela continua a ir no C., igual ela fez o parto da minha sobrinha, que minha sobrinha consultou com a médica, fez o pré-natal com a médica, mas a médica errou a data. Então a minha sobrinha começou sangrar dentro de casa, a bolsa arrebentou. Aí minha irmã, o pai dela, meu cunhado, levou ela pro Hospital A. correndo, e ela não tinha passage. Aí teve que chamar a dona Sílvia. Ela cobrou 5 mil pra fazer o parto.

Aí eu passei a contar com Dona Sílvia, tudo, passava hormônio pra mim, só num era injeção, era comprimido. Aí, depois, um dia, a gente conversando, eu falei com ela assim: “Dona Sílvia, a senhora sabe, em Belo Horizonte”... porque ela é daqui, a dona Sílvia, ela é de BH, e foi pra P. fazer consulta, eu conheci ela no pronto socorro, ela foi minha médica, comecei a fazer consulta com ela no pronto socorro, que eu conheci ela, é uma altona, bonitona, aí panhei aquela amizade com ela, já era minha médica no posto eu marcava ficha pra ela... Os outro olhava assim, sabe? Chegava no posto e falava assim: “Qual é o dia de dona Sílvia? Qual é o horário de dona Sílvia pra marcar pra mim?” Aí os outros ficava olhando assim e começava a cochichar, né? Por que eu consultar com uma médica que era parteira? É estranho, né? Eles achavam que eu tinha que consultar com home, né? Aí, era assim, eu tava sentada no banco lá, falavam: “Uai, vai consultar com dona Sílvia? Só que dona Sílvia é médica de muié!” Aí eu consultava com ela lá, aí um dia eu fui na clínica... na... a tal da consulta na policlínica, aí eu fui lá e marquei ficha pra ela. Aí eu fui lá, aí ela afastou, ela saiu dos postos, tiraram ela do posto de saúde e colocou ela só na policlínica de P. Aí ela dava consulta na policlínica e dava consulta no C. Mas no C., ela fazia parto.

Aí eu fui lá na policlínica, eu já trabalhava na prefeitura, todo mundo já me conhecia, né, aí cheguei lá e falei: “Eu vim marcar pra Dona Sílvia”. Eu tenho um cartão da policlínica. “Uai, cê quer consultar...” meu nome era conhecida como Lin, né? “Uai, Lin, cê vai consultar com dona Sílvia? Tá estranho, não?” Falei: “Não! Toda vida ela foi minha médica! Dona Sílvia é minha médica, por quê? Ces são contra, é?” “Não, é porque é estranho. Dona Sílvia é mulher de parto”. Faz exame ne mulher, né, deita a mulher lá, abre as perna dela lá, faz exame nela lá, e tal... falei: “Não tem nada a ver. Dona Sílvia é minha médica. E marca pra ela aí”. Aí, marcaram pra ela lá.

Aí foi a última, aí sentei com ela igual eu tô com cê assim, fui conversando com ela e tudo, aí falei com ela: “Dona Sílvia, a senhora, como a senhora é vivida, assim, uma médica, esses negócio, senhora num sabe, descobre pra mim, um hospital que faz a cirurgia não?” Aí ela falou assim: “Uai, ce pretende... cê tá querendo fazer cirurgia de mudança de sexo?” Eu falei: “Eu tô, tem jeito?” Ela falou assim: “Tem.

Lógico que tem. Hoje em dia tá tudo liberado. Tá tudo liberado. Vou te dar o encaminhamento”. Ela fez na mesma hora! O encaminhamento, entendeu? Do... da clínica, ela me deu até o nome da clínica aqui em Belo Horizonte, tudo, aí ela falou: “agora cê pega esse encaminhamento e marca a consulta, e começa a fazer o tratamento”. Aí eu comecei em 2014.

Em 2014, Fabiana começa a ser acompanhada em um ambulatório de endocrinologia da Prefeitura de Belo Horizonte. O serviço não se trata de um ambulatório com equipe multiprofissional voltada para o atendimento de pessoas trans, mas conta com endocrinologista que no caso mostrou interesse em prestar esse tipo de assistência. A entrevistada passou então por consultas de seis em seis meses por alguns anos, depois interrompe e retorna à Atenção Primária no território. Com a criação do Ambulatório Anyky Lima, em novembro de 2017, o médico de equipe que a atende no interior a encaminha na expectativa de que ela consiga a sua tão desejada cirurgia de redesignação sexual, conforme descrito anteriormente.

O itinerário traçado por Fabiana na sua construção do cuidado, assim, pode ser organizado da seguinte forma: dos 14 aos 18 anos, vive na prostituição, aos cuidados de outras mulheres trans e travestis, entre várias cidades; nesse período, faz uso de hormônios femininos de forma não assistida por um profissional, por meio das receitas fornecidas às colegas mais velhas; depois, de volta à capital, Fabiana consegue com um farmacêutico hormônios sem prescrição médica, chegando a usar testosterona por muito tempo, um hormônio masculino que acentuaria características ditas masculinas e prejudicaria o processo de transição. Quando retorna ao interior, inicialmente também passa por um período de uso de hormônios prescritos pelo farmacêutico, e depois de ingressar no trabalho pela prefeitura da cidade, tem seu acesso aos serviços de saúde facilitado pelo trabalho. É acompanhada por vários anos na atenção primária, depois passa a se consultar na policlínica da cidade com a ginecologista, até o momento em que é transferida por tal médica a pedido para um ambulatório de endocrinologia da capital por demanda própria. O vínculo com esse serviço é frágil, e, então, ela retorna para a Atenção Primária, no território, até ser novamente encaminhada para a capital, dessa vez para um ambulatório especializado na atenção à saúde de pessoas trans, na expectativa de conseguir

sua cirurgia de redesignação sexual. Segue sob acompanhamento no Ambulatório Trans.

Sobre outros pontos possíveis em seu itinerário, Fabiana não tem uma ligação forte com nenhuma religião, por exemplo, e também não participa de grupos de apoio de pares. Tem uma vida mais restrita ao lar e ao trabalho. Conta que o companheiro gosta muito de sair com seus amigos, mas que ela fica em casa. Hoje em dia, fala muito pouco de seus familiares. Nega outras intervenções no corpo para além do uso de hormônios femininos; nunca colocou silicone industrial, por exemplo.

Ela segue sob acompanhamento no Ambulatório Trans com o objetivo de, além do cuidado supervisionado no campo específico que é a saúde trans, fazer os dois anos exigidos pela Portaria 2803 para poder ser encaminhada para a cirurgia de redesignação sexual. Nas consultas, é sempre orientada sobre o painel atual, em que a possibilidade da cirurgia pelo SUS ainda é muito remota em Minas Gerais, bem como no Brasil inteiro.

Além disso, conversamos sobre suas expectativas quanto à cirurgia, tentando sempre desconstruir a noção de que é a cirurgia que irá torná-la “uma mulher completa”, em suas palavras. Butler (2003) aponta que a sedimentação das normas de gênero produz o fenômeno peculiar de um “sexo natural”, uma “mulher real”, e outras ficções sociais que se tornam vigentes e compulsórias; trata-se de uma sedimentação que produziu ao longo do tempo um conjunto de estilos corporais que, de forma reificada, aparecem como a configuração natural dos corpos em sexos que se organizam numa relação binária (BUTLER, 2003). Esse ponto é algo muito importante de ser trazido para os atendimentos em um ambulatório especializado, para que o mesmo não se torne mais um dispositivo normativo na vida das pessoas transexuais. Entendemos a importância dos procedimentos corporais⁴¹ como algo que faz parte do acompanhamento em saúde das pessoas trans; essa é uma demanda que deve ser acolhida e escutada. Por outro lado, também acreditamos no nosso papel em reforçar que o gênero faz parte de um grande espectro, é algo performativo, e que cada

⁴¹ Aqui me refiro às intervenções corporais mais comuns pelas quais passam as pessoas transgêneras em seu processo de transição, como, por exemplo: o uso de hormônios masculinos e femininos alterando caracteres sexuais secundários; as cirurgias de mastectomia masculinizante, de feminização facial, de retirada do Pomo de Adão, de prótese mamária e de redesignação sexual, por exemplo.

experiência é singular, para não cairmos no equívoco de enquadrar as pessoas também no espaço do ambulatório, que deve ser um espaço de liberdade. Para Butler (2003):

O fato de a realidade do gênero ser criada mediante performances sociais contínuas significa que as próprias noções de sexo essencial e de masculinidade ou feminilidade verdadeiras ou permanentes também são constituídas, como parte da estratégia que oculta o caráter performativo do gênero e as possibilidades performativas de proliferação das configurações de gênero fora das estruturas restritivas da dominação masculinista e da heterossexualidade compulsória (JUDITH BUTLER, 2003, página 244).

É uma tarefa delicada. Quanto a Fabiana, a mesma diz, quase no fim de sua entrevista, quando perguntada sobre a cirurgia de redesignação sexual:

É, meu sonho é fazer a cirurgia. Só falta isso pra eu realizar meu sonho. E casar. É... porque o Jurandir quer casar! O Jurandir não importa de casar do jeito que eu sou. Ele considera eu como mulher. Por ele a gente casava até esse ano. Eu tenho medo de casar e depois num dar certo, entendeu? Nós vamo fazer 9 mês só de amigação.

Como ser uma mulher: uma prescrição

- Deixar a unha crescer e pintar com fibra de vidro
- Arrumar o cabelo
- Fazer depilação laser
- Colocar cílios postiços
- Mudar as vestimentas
- Usar maquiagem
- Usar perfume – Lily/Egeo
- Usar sutiã de bojo/renda
- Usar sandálias
- Não usar bonés/usar boné rosa
- Tratar os cabelos com cremes
- Usar protetor solar
- Comprar maquiagem na boticário para pele negra
- Usar roupas bonitas, sem vulgaridade
- Bijouterias
- Delinear a sobrancelha/de forma definitiva
- Fazer progressiva no cabelo
- Usar óculos escuros
- Furar a orelha

Recebo essa prescrição das mãos de Marilene, uma mulher trans usuária do nosso ambulatório, durante um atendimento de rotina. É uma mulher trans de 47 anos, que trabalha como zeladora em um prédio há vários anos; diferentemente de Fabiana, não tem uma trajetória marcante de exclusão social; de forma semelhante a Fabiana, apresenta um incômodo importante com sua genitália e muito desejo de fazer a cirurgia de redesignação sexual.

A usuária diz a mim na consulta que uma das moradoras do prédio escreveu essa lista de coisas que ela poderia fazer para *melhorar*⁴² a sua aparência enquanto mulher trans. Ressalta, com um argumento de autoridade, que a mesma seria uma mulher cisgênero que trabalha como advogada. Traçando um paralelo com a história de Fabiana, percebo que ambas utilizam a figura de mulheres que têm posição de destaque social como figuras para se espelharem. São mulheres na maioria das vezes de classes sociais favorecidas, ensino superior completo, além de apresentarem símbolos de feminilidade que se destacam para as pessoas aqui em questão. Fabiana deixa isso perceptível em dois momentos: escolhe seu nome de registro a partir do nome de uma colega de trabalho que carregava certo prestígio no meio em que trabalhava, e tem como uma referência a seguir a ginecologista e obstetra da cidade, uma mulher cisgênero de meia idade, médica, casada, que conta também com certo destaque. No processo de composição do seu eu, Fabiana usa como referência “uma moralidade feminina rígida, pautada em valores como ‘mulher de respeito’ e ‘mulher de família’ “ (BENTO, 2006, p. 176); assim também acontece com Marilene.

Faço uma escuta da situação de Marilene. Ela entende o gesto da moradora do prédio como um gesto de cuidado, relata ter se sentido bem com aquilo. Aproveito o momento para conversar um pouco sobre o ideal de feminino da usuária e inserir alguns pontos de dúvida a respeito disso, abordando a força que têm as invocações performativas na construção dos papéis de gênero. Tudo isso entendendo que, naquele momento, a prescrição é entendida pela usuária como uma forma de ser cuidada – inserida então no itinerário terapêutico dessa pessoa, para além de questões de ordem biomédica.

⁴² Palavra utilizada pela usuária.

De toda forma, a prescrição feita pela amiga cisgênero permite uma discussão ampliada sobre como as questões de gênero são atravessadas por construções performativas todo o tempo.

Nesse caso, os célebres estudos de Simone de Beauvoir no seu *O Segundo Sexo*, em que a mesma traz a frase “Não se nasce mulher, torna-se” são invocados para lembrar mais uma vez do peso que têm os papéis de gênero delimitados socialmente. A teoria de Beauvoir surge para esclarecer que mulher seria um termo em processo, um devir, um construir que não se pode afirmar com exatidão que exista uma origem ou um fim (BUTLER, 2003). Butler acrescenta à teoria de Beauvoir que se tornar mulher é um processo que não é fixo, e que seria possível se tornar um ser que não se enquadra nas descrições nem de homem nem de mulher – para além de uma questão de androginia, de “terceiro sexo” ou de transgressão do binário. O ponto central é que, na verdade, há a possibilidade de uma subversão interna, em que o binário é pressuposto e multiplicado a ponto de não fazer mais sentido (BUTLER, 2003). O termo mulher seria, assim, uma prática discursiva contínua, aberto a intervenções e ressignificações, ainda segundo a autora.

O gênero seria, numa tentativa de definição possível, a estilização repetida do corpo – um conjunto de atos repetidos dentro de uma estrutura controladora, altamente rígida, que se cristaliza para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser (BUTLER, 2003). Se a categoria se estabelece mediante atos repetidos, a ação social dos corpos pode retirar o poder de realidade por eles mesmos investidos.

Quanto à linguagem dentro das questões de gênero, ela teria um poder de atuar sobre os corpos que seria tanto causa da opressão sexual quanto caminho para ir além dela. Segundo Butler (2003):

A linguagem tem uma ação plástica sobre o real. Ela pressupõe e altera seu poder de ação sobre o real por meio de atos elocutivos que, repetidos, tornam-se práticas consolidadas e, finalmente, instituições. A estrutura assimétrica da linguagem, que identifica com o masculino o sujeito que representa e fala como universal, e que identifica o falante do sexo feminino como “particular” e “interessado”, absolutamente não é intrínseca a línguas particulares ou à linguagem ela mesma. Não podemos achar que essas posições assimétricas decorram da

“natureza” dos homens e das mulheres, pois, como estabeleceu Beauvoir, tal “natureza” não existe (Butler, 2003, p. 202)

Tendo isso em vista, conseguimos entender que quando se faz uma prescrição sobre **como ser mulher, como ser homem**, ou mesmo sobre **como ser transgênero**⁴³, estamos reforçando por meio da linguagem práticas consolidadas – ou não consolidadas que se consolidam a partir desses atos elocutivos – para que se criem instituições a partir disso.

Assim, para ser uma mulher, dentro da discussão proposta a partir dessa prescrição, que funciona como disparadora, existem enunciados com relação a mudanças no corpo (“Deixar a unha crescer e pintar com fibra de vidro/ Arrumar o cabelo/ Fazer depilação laser”), a próteses (“Colocar cílios postiços/ Usar sutiã de bojo/renda”), a roupas (“Mudar as vestimentas/ Usar sandálias”), a postura (“Usar roupas bonitas, sem vulgaridade”). Ainda há prescrições do que não fazer (“Não usar bonés/ usar boné rosa”).

Flávia – A Princesa, a Ogra, a pessoa

Eu tinha meus 12, 15 anos, morava no bairro S., aí eu já tinha essas coisas e tudo, aí eu lembro que eu fui na loja, comprei uma calcinha pra mim, porque naquele tempo a gente já usava, tentava usar só peça de baixo, né? Porque a peça de cima não tinha como usar. Aí eu me lembro muitas vezes que eu chegava, trabalhava, ganhava um dinheiro lá, ia numa loja, comprava uma calcinha, por exemplo, aí chegava em casa, às vezes usava escondido, aquela coisa toda, e depois rasgava, porque a gente mesmo achava que tava tudo errado, que não era aquilo que tinha que ser feito, aquela coisa toda... Aí rasgava aquela roupa, e depois, sabendo que depois ia comprar tudo de novo, sabe? Era uma loucura, não era fácil. Isso aconteceu várias vezes. E você procura entre os seus amigos, alguém que também possa ter esse mesmo problema, mas você não acha ninguém, né? Mesmo porque naquele tempo, eu com meus 15 anos, a internet era quase... não tinha, né? Computador era pra quem tinha dinheiro. Então a gente vivia sempre esse dilema, de não querer o que ganhava como menino, mas quando comprava alguma coisa de menina, rapidamente a gente

⁴³ Cada vez mais, surgem grupos nas redes sociais para unir e conectar pessoas trans, o que é algo positivo do ponto de vista de fortalecimento e construção da identidade. Por outro lado, alguns deles acabam por reforçar, muitas vezes de forma não proposital, práticas performativas segregadoras. Em um estudo de Santos (2016), por meio de análise de conteúdo e partindo dos estudos de Foucault sobre biopoder, buscou-se identificar de que forma os corpos masculinos são representados através das postagens de uma página voltada para homens transgêneros no Facebook e como interagem os usuários da rede social com o conteúdo. O que se viu no estudo foi que as postagens que tinham mais curtidas e compartilhamentos coincidiam com os modelos de masculinidade hegemônicos dos discursos midiáticos, segundo a pesquisa, “do homem viril, musculoso, tatuado, provedor, forte e saudável”.

rasgava aquilo, porque não conseguia manter aquilo, porque sempre achava que tava fazendo alguma coisa errada. A gente achava isso. Eu, pelo menos.

Flávia é uma mulher trans de 57 anos, que diferentemente de Fabiana, só pôde vivenciar sua transição, de fato, mais tardiamente – embora desde a infância já vivenciasse questões com relação à sua identidade de gênero. Relata, quando perguntada sobre desde que idade começou a entender que seu gênero não era aquele designado por outros ao nascer:

Desde 5, 6 anos de idade. Mas que eu comecei mesmo a me buscar, buscar a minha identidade, mais ou menos de 2008 por aí que eu já comecei a querer ter a minha identidade...

Flávia passou toda a sua juventude se esforçando para reprimir a sua identidade de gênero. Mantinha a expressão de gênero dita masculina e guardava sua identidade somente para si. Muito antes da transição, com pouco mais de 20 anos de idade, quando ainda se expressava como um homem cisgênero, conheceu Conceição, com quem se casou, e teve um filho, Paulo, hoje adolescente. Sempre teve um emprego estável em repartição pública, até que em 2010 sofreu um acidente grave de carro, e ficou com uma seqüela ortopédica – uma limitação de movimento que a faz claudicar. Desde então, tem muita dificuldade de voltar a trabalhar, passando mais tempo afastada do que no ambiente de trabalho. Já foi tentado ajuste funcional, mas sem sucesso. Passou nos últimos anos por diversas cirurgias e ainda tem muitos agravos e prejuízo da qualidade de vida ocasionados pelo acidente. Durante sua entrevista, Flávia fala a respeito do ocorrido e consegue elaborar com clareza que o ocorrido não foi de fato um acidente, e sim uma tentativa de autoextermínio.

Explica: em 2010, passava por um episódio depressivo grave – e em todo seu processo de transição, teve vários períodos de angústias e questionamentos, e alguns episódios depressivos desencadeados em momentos de maior sofrimento. Tomada por um momento de desespero, se chocou com o carro propositalmente em um anteparo, sendo então hospitalizada. A partir daí, fica com a seqüela motora que carrega até hoje. Ainda hoje faz acompanhamento regular com psiquiatria e psicologia, e faz uso regular

de psicofármacos. O quadro de saúde mental complica ainda mais a questão laborativa, pois também dificulta que Flávia consiga desempenhar suas atividades no trabalho normalmente. Seu quadro de base de sofrimento psíquico será pormenorizado a posteriori neste trabalho.

Alguns anos depois do “acidente”, e com a questão de gênero sempre às voltas, Flávia consegue elaborar e fazer pequenos avanços com relação à sua identidade. Por meio de buscas na Internet, consegue formar uma rede de apoio para lidar com aquilo que a angustia. Aos poucos, aproxima-se de outras pessoas trans, grupos, movimentos de militância, e isso permite que ela se fortaleça nas suas questões e entenda melhor o que se passa consigo. Assim, começa o processo de transição.

Com a situação ficando cada vez mais evidente, acaba por contar à sua esposa sobre o que ocorre – na verdade, Flávia diz que as questões de gênero eram algo que sempre rondavam a sua relação com a esposa, mas que decide a partir do avanço na transição, de forma objetiva, dizer a respeito da sua identidade de gênero. Após o estranhamento inicial por parte da esposa, Flávia tem o apoio da mesma, e as duas decidem seguir juntas no casamento. Durante os atendimentos de Flávia, essa é uma questão que aparece inicialmente como algo positivo e quase superado – eventualmente tece algumas construções sobre o fato de a esposa estar também vivendo uma transição, mas da ordem da orientação sexual, por estar agora numa relação dita lésbica –, mas em um segundo momento começa a conseguir dizer a respeito da ambivalência dessa nova relação, por parte das duas. No campo da orientação sexual, Flávia tem muita clareza da sua atração exclusiva por mulheres, e relata que em momento nenhum de sua vida sentiu-se atraída por homens, mesmo com esses eventualmente a procurando. Ainda assim, em alguns momentos, surge um mal-estar na relação com a esposa.

Nossa entrevistada teve uma grande ajuda da arte para se localizar em todas essas questões. Atualmente, participa de um grupo de teatro em que todas as pessoas envolvidas são pessoas trans. Frequenta espaços de militância e é bastante engajada. Tem habilidades com instrumentos musicais e toca nas apresentações do grupo.

Flávia procurou nosso ambulatório por meios próprios em 2018, para ter um acompanhamento sistematizado dentro da lógica do processo Transexualizador do SUS. É bem vinculada ao serviço e frequenta as consultas de forma regular.

Quanto aos itinerários de cuidado ao longo da vida, relata que em 2008, muito antes de procurar ajuda nos aparelhos formais, começou com o que chama de “uma mudança de postura”:

Eu comecei a mudar um pouco a minha postura, já que eu queria mudar a minha vida, comecei a mudar minha postura, aparência, né, e isso é muito gradativo porque a gente começa a querer não tá gostando de uma roupa, tem que usar ela escondida, aquela coisa toda (...). Então os cuidados que eu passei a ter, assim, foi querer ser vista já como uma mulher, mas eu acho que é muito, assim, a gente fica meio ogra, sabe? Esquisito, sem sentido, no começo a gente mesmo acha que tá sem sentido.

Sobre a transição e a busca por “fazer um corpo”, um estudo de Rocon *et. al.* (2020) revelou que as cirurgias estão relacionadas à busca pela humanização desses corpos. A transexualidade é apresentada muitas vezes como uma experiência de transição entre os gêneros. A cirurgia de redesignação sexual é apontada como estratégia para a construção de um corpo em continuidade com as relações sociais de gênero, cujo sucesso é avaliado sob signos de beleza, prazer e passabilidade (ROCON, 2020). Ao falar do caráter performativo do gênero, Butler (2003), sinaliza sobre como a identidade é constituída no tempo por meio de repetição estilizada de atos. Diz Butler (2003):

Como em outros dramas sociais rituais, a ação do gênero requer uma performance repetida. Essa repetição é a um só tempo reencenação e nova experiência de um conjunto de significados já estabelecidos socialmente; e também é a forma mundana e ritualizada de sua legitimação. Embora existam corpos individuais que encenam essas significações estilizando-se em formas do gênero, essa “ação” é uma ação pública. Essas ações têm dimensões temporais e coletivas, e seu caráter público não deixa de ter consequências; na verdade, a performance é realizada com o objetivo estratégico de manter o gênero em sua estrutura binária – um objetivo que não pode ser atribuído a um sujeito, devendo, ao invés disso, ser compreendido como fundador e consolidador do sujeito (BUTLER, 2003, p. 242).

A mudança de postura é seguida de uma busca grande pelo tema em sites da Internet, e, com o passar do tempo, Flávia vai criando a sua própria rede de apoio:

Inclusive tinha um site chamado BBC, era brazilian... cross-dresser... uma outra palavra no código, sei que o nome era BBC... BCC, brazilian crossdresser... é... não vou lembrar o outro nome. Aí tinha, eu conheci lá a Maitê Schneider⁴⁴, que hoje é famosa pelas ações sociais que ela faz, a Marcia Rocha, conheci o pessoal através do site da internet e tudo. E aí, através delas eu fui tendo conhecimento de que tipo de hormônio tomava, tudo, mas nunca fui ao médico. Não tinha como ir ao médico, e a vergonha também, cê não tinha... eu não tinha essa capacidade de procurar um médico e expor o meu problema sobre isso. No começo, muitas pessoas fazem bobagem, besteira com o corpo porque não tem coragem de chegar e expor o problema que ela tem. Já vi muita gente fazendo bobagem, colocando silicone [industrial]⁴⁵ por causa de peito, de bunda, não sei o quê... Eu, no meu íntimo, como pessoa que já tinha uma idade de, vamo falar assim, 30 anos, né, já era assim, então eu já tinha uma cabeça mais madura, eu achava que tava errado eu inserir alguma coisa no meu corpo que não era, que eu não pudesse controlar, e pra mim o silicone a gente não pode controlar ele depois que ele entrou no seu corpo... o silicone industrial, né? Depois que ele entrou no corpo da gente, ninguém sabe pra onde ele vai, né? Então é o que eu deixo muito pras meninas mais novas isto: não mexam com... [pausa] Conheci uma que morreu por causa disso, né? E outras que tem sequelas na pele muito fortes... Inclusive tinha uma que eu conheci entre essa parte de 2008 e 2013, que morava pro lado do bairro F., ela tinha a perna toda cheia de caroço por causa do silicone, que desceu.

Nesse ponto, torna-se essencial discutir os conceitos que envolvem as redes de apoio dentro do campo da saúde coletiva. Para Pinheiro (2009), por meio das redes se destaca a vida cotidiana como espaço estratégico para a articulação institucional e política de comunidades e grupos, principalmente contra as tentativas dos modelos econômicos privatistas e individualistas de colonizar a vida cotidiana.

Flávia conta que teve acesso a redes de apoio e conheceu pessoas que vivenciavam a sua mesma questão quanto ao gênero. Reforça o fato de sempre buscar informação nas fontes às quais tem acesso pela internet, e nas pessoas

⁴⁴ Nomes de pessoas públicas envolvidas com a luta por direitos LGBT em geral foram mantidos sem alterações.

⁴⁵ Em estudo transversal feito por Pinto et. al. (2017) em sete municípios do Estado de São Paulo, com dados coletados entre 2014 e 2015, em uma amostra de 576 pessoas, a prevalência do uso de silicone industrial foi de 49%, a média de idade para a primeira colocação de SLI foi de 22 (\pm 5,3) anos e aproximadamente 43% informaram a ocorrência de problemas de saúde decorrente do uso.

que são para ela uma referência. Acredita que não teve atitudes como colocar silicone industrial no corpo – como viu outras pessoas fazendo – porque começou sua transição com mais de 30 anos de idade.

Segue assim na sua narrativa, e diz que entre os anos de 2008 e 2013, seus cuidados à saúde eram todos baseados em informações de pares e grupos da internet. Iniciou acompanhamento em serviços formais de saúde em 2013:

O primeiro contato que eu tive foi em 2013, exatamente em outubro, 13 de outubro de 2013, eu fiquei sabendo antes disso um pouquinho, no mesmo ano, em 2013, eu fiquei sabendo que tinha um congresso de pessoas trans lá em São Paulo. E através das meninas que eu conheci lá, eu fiz a inscrição e tudo, fui pra São Paulo, em 2013, em outubro, e fizemos um congresso num sítio na cidade de S., que a pousada foi fechada só pra nós. Então todo o pessoal que trabalhava lá sabia que quem estava lá eram as trans. Aí teve palestra, festa, e nós ficamos lá de sexta-feira até domingo. Eu fiquei em São Paulo de sexta até domingo. E lá eu tive maior contato com as pessoas que já eram, já, com o corpo formado através de hormônios, que eram... a Maitê é linda, a mulher é uma coisa assim... e é uma referência muito grande que eu tenho na vida, na minha vida de trans. Aí tinha a Priscila, a Marcia Rocha, a Cristina Campos... Então assim, são pessoas que hoje são referências e eu conversei com elas através de... conheci em São Paulo e continuei conversando com elas, tendo contato, então assim, a minha primeira busca por médico, nesse caso, já foi em 2013 por causa disso, através disso. E foi num posto de saúde lá perto de casa que eu tive os primeiros exames feitos, pelo posto, né, pra ver como é que era, tanto que depois eu não consegui mais ter esse contato com essa médica, por causa do... que ela saiu... aí eu comecei a ter, através do meu convênio, acesso a outros médicos por fora, que eram, que não era que eram mais fáceis, é que o tempo de tratamento eram menores, né? Porque no posto eu dependia de, por exemplo, dava um mês, dois meses entre uma consulta e outra, e no convênio não, era só marcar. Então eu comecei mesmo a ter contato com médicos assim foi de outubro de 2013 pra cá.

Ao reconstruir o Itinerário Terapêutico, a partir do desenho de seus trajetos e passagens pela rede, Assis (2014) aponta que, na procura pela solução de “problemas” de saúde, não apenas serviços de saúde são acessados, mas são tecidas redes de apoio, formal e informal, à medida que os serviços de saúde ofereçam respostas ou não. As instituições geradas pelo Social possuem necessariamente um formato horizontal e aberto a fluxos e

refluxos, diferentemente dos *aparelhos*⁴⁶, que possuem um formato vertical e fechado (PINHEIRO, 2009).

A rede interativa é a instituição típica do Social. No caso de Flávia, fica evidente a inserção primeiramente em redes de apoio entre seus pares antes de entrar no campo dos aparelhos formais. As redes (membros da família, amigos, solidários) são autorreguladoras, diferentemente dos aparelhos, que se destinam à regulação externa de “públicos” (os consumidores, os contribuintes etc.) (PINHEIRO, 2009). Por isso, elas constituem formato institucional adequado para a organização de modelos comunitários e associativos, sendo tais modelos as bases do “sujeito de escolha” possível em cada sociedade. Isso explica em partes o fato de que a análise do itinerário terapêutico não se limita a investigar a disponibilidade de serviços, os seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem dos mesmos (ALVES; SOUZA, 1999).

Ainda na diferenciação entre os aparelhos e as redes, Assis (2014) aponta que o cotidiano dos serviços de saúde foi sendo construído com base em práticas e saberes que instituem ordens e restrições. Tais práticas acabariam por reproduzir um monólogo prescritivo que não dá voz àqueles que vivenciam a própria condição (ASSIS, 2014). Teixeira (2009) e Borba (2014) mostram como a subjetividade é anulada mesmo nos serviços que funcionam dentro da lógica do Processo Transexualizador, em um movimento em que as usuárias e os usuários acabam por não dizerem sobre suas vivências para não colocarem em risco a ordem prescrita.

A partir da experiência do encontro de outras pessoas trans, Flávia começa a frequentar o centro de saúde do seu território para ter acesso aos primeiros cuidados referentes à sua transição. Explica que, inicialmente, passava pelo centro de saúde, mas que depois migra para a atenção suplementar porque “no convênio era só marcar” – essa prática será abordada a posteriori. No caso de Flávia, a mesma não compara o atendimento do SUS com o privado em termos de qualidade técnica da assistência, e sim quanto à facilidade de marcação de consultas, a princípio.

⁴⁶ Aqui seguiremos Pinheiro (2009), e a palavra **aparelhos** poderá ser utilizada como sinônimo de serviços formais.

Antes de frequentar os consultórios médicos de forma regular, Flávia começou a ser atendida pela psicologia, para conseguir elaborar o que acontecia com ela mesma. Trata-se de uma etapa marcante e crucial no itinerário da entrevistada, tanto pelo histórico de sofrimento psíquico quanto pela possibilidade de elaborações dentro das questões que apresentava:

Mas aí foi um processo um pouco lento também porque daí a decidir transicionar⁴⁷ e chegar no médico pra falar alguma coisa, a primeira pessoa que me atendeu pra saber disso foi uma psicóloga. Porque eu não conseguia me abrir com a medicina, com os médicos, né? Mas com a psicóloga não; eu caí numa depressão muito grande porque eu queria uma coisa, a sociedade me mostrando outra, né, eu já casada, aquela coisa toda, e então a depressão foi muito grande. Então eu cheguei a não querer ver ninguém, a não querer sair de casa, a querer me matar, tanto que meu acidente⁴⁸ de 2008, ele foi... praticamente eu que quis acabar com minha vida. Em 2010 eu quis acabar com aquilo. E isso foi me levando numa depressão tão grande – e olha que levou de 2008 até 2010 eu fazer acidente de carro comigo pra poder tentar me matar até 2013 (...) Então esse 2013 que eu tive um socorro foi uma... um divisor de águas pra mim, né? Entre a minha transição sem médicos e a minha transição com médicos.

“Porque eu não conseguia me abrir com a medicina, com os médicos, né?” Essa é uma frase-chave de Flávia que nos permite levar a discussão a um ponto central dentro do estudo dos Itinerários Terapêuticos: a medicina nos moldes que conhecemos hoje permite que as pessoas se abram? Aliás, por que as pessoas trans não conseguem se abrir com a medicina? Estamos conseguindo exercer uma medicina da escuta, para além da medicina da ausculta⁴⁹?

Assim, a psicologia entra de uma forma mais marcante para que a entrevistada consiga caminhar em sua transição. A entrevistada narra uma série de vivências e percepções pelas quais passou com diferentes profissionais da

⁴⁷ O termo **transicionar** é comumente utilizado pelas pessoas trans para se referirem ao ato de levar adiante a transição do gênero designado para o gênero real do indivíduo.

⁴⁸ No relato de Flávia, ela se refere ao acidente por vezes como tendo sido em 2008 e por vezes como tendo sido em 2010; ao colher as informações durante a pesquisa, acredito que tenha sido de fato em 2010; as narrativas permitem que o narrador percorra diferentes espaços e períodos de tempo, volte, passe adiante, pois não se trata de um registro rígido. Para Walter Benjamin, “comum a todos os grandes narradores é a facilidade como se movem para cima e para baixo nos degraus de sua experiência, como numa escada” (BENJAMIN, 2000)

⁴⁹ Ausculta: nome feminino. Ato de escutar os sons que se produzem no interior do organismo, diretamente com o ouvido ou com o auxílio de um estetoscópio; auscultação - Aplicativo móvel Dicionário da Língua Portuguesa. Porto Editora, último acesso em 22/04/2020. Aqui, fazemos uma ligação entre a palavra ausculta, que se refere a um procedimento biomédico clássico referente de forma objetiva a questões orgânicas, com o ato de escutar.

psicologia, e conta a diferença entre os profissionais que mostram uma postura acolhedora e os profissionais que carregam preconceitos com relação às questões de gênero. Trata-se de um ponto importante para reflexão. Os profissionais devem estar familiarizados com a variabilidade de gênero, devem exercer com competência cultural adequada, e mostrar sensibilidade ao fornecer o cuidado requerido pela pessoa interessada (WPATH, 2012).

Ah, foi muito estranha, né, no começo, porque você quer falar de um assunto e a psicóloga também não entendia muito, tanto que a primeira que eu peguei, ela não entendia muita coisa. E ela batia na mesma tecla comigo e com a Conceição de que aquilo era um fetiche, né? Ela batia sempre naquela mesma tecla. E como eu sabia que não era, eu acabei deixando ela pra lá, peguei uma outra no centro através do convênio, que também não entendia muita coisa, e a partir daí eu comecei a procurar psicólogas e a primeira pergunta que eu fazia pra ela, pra secretária, qualquer pessoa que me atendesse: ela tem conhecimento de pessoas trans? De transexuais? Não? Então eu não pegava.

É interessante observar, aqui, que Flávia faz uma elaboração sobre a existência de uma formação técnica particular sobre o tema, enquanto a assistência tem muito mais relação com uma postura ética de acolhimento, escuta e coprodução de cuidado (VAL; GUERRA, 2019). Nesse aspecto, o que nos mostra Flávia Teixeira (2009) é que, em termos de um saber instituído a respeito das sexualidades, o que vemos é a reivindicação de campos disciplinares distintos pelos poderes de nomear e tratar as pessoas. As práticas psicológicas, por exemplo, são heterogêneas e embasadas por correntes teóricas diferentes (TEIXEIRA, 2009). Então, muito mais importante do que um conhecimento formatado, seria a capacidade de exercer uma assistência centrada no indivíduo. Louro (2018) explica que o movimento dos estudiosos queer, nesse contexto, seria mais no sentido de derrubar o imperativo da cisheterossexualidade, numa postura desconstrutiva.

Até que um dia eu encontrei uma lá no... Dra lara lá do centro... aliás, antes disso, a Dra lara 50 que era fonoaudióloga... fonoaudióloga,

⁵⁰ Aqui, os nomes fictícios da fonoaudióloga e da psicóloga se repetem propositalmente, pois assim também ocorre com os nomes verdadeiros. Dessa forma, na narrativa de Flávia, haverá a lara fonoaudióloga e a lara psicóloga.

não... é... fonoaudióloga, ela me deu muita força. Tanto que eu tenho que visitar ela de novo. Ela me deu muita força nesse sentido, que ela percebeu que eu tinha uma coisa diferente que não era simplesmente um problema de garganta, de nada, não, eu tinha uma coisa mais profunda do que aquilo. E ela também começou a esmiuçar isso aí comigo. Até o ponto que ela me indicou essa outra Dra Lara que era psicóloga, eu fui, conversei com ela, perguntei pra ela, ela disse: “não, eu já tratei de trans, então pode vir”. Quando eu cheguei lá, a minha, pela primeira vez depois de duas, três que eu tinha passado, eu comecei a ficar mais tranquila, porque ela entendia o que eu tava precisando.

O vínculo inicial com instituições formais de saúde se dá com uma fonoaudióloga, que faz uma escuta e permite, pela primeira, vez que a usuária elabore de forma consistente as suas questões em termos de gênero em um atendimento profissional (“Ela percebeu que eu tinha uma coisa diferente que não era simplesmente um problema de garganta, de nada, não, eu tinha uma coisa mais profunda do que aquilo; e ela também começou a esmiuçar isso aí comigo”).

Segundo a WPATH (2012), o profissional da fonoaudiologia estabelece os planos de tratamento de voz e comunicação, que são desenvolvidos a partir das evidências disponíveis, do conhecimento clínico e experiência do especialista, e dos objetivos e valores próprios da pessoa interessada. Os objetivos do tratamento incluem tom, entonação, intensidade e padrões de *stress*, qualidade de voz, ressonância, articulação, ritmo e fraseado da fala, linguagem e comunicação não-verbal. No entanto, podemos observar que o trabalho do fonoaudiólogo, se se limita a essas diretrizes, pode acabar reforçando papéis de gêneros e cristalizando performances já instituídas de “homem” e “mulher”; percebemos no caso de Flávia que a fonoaudióloga a convida à fala num sentido muito mais amplo do que o do campo estrito da profissão – e com isso um novo horizonte se abre.

Percebe-se também que o encaminhamento à psicologia é feito de forma cuidadosa e assim o vínculo com a fonoaudióloga não é rompido (isso pode ser apreendido quando Flávia diz “Ela me deu muita força, tanto que eu tenho que visitar ela de novo”), embora o lugar que a profissional ocupa passe a ser outro com a entrada da psicologia. Um vínculo consistente é criado com a nova

psicóloga, que permite um avanço muito positivo de Flávia em suas questões. Mas também há outros encontros infelizes no campo da psicologia:

Foi um psicólogo... que era da empresa, que eu achei que seria bom, né, porque eu já tava lá e tudo, ele chegou a falar comigo que isso era uma frescura, que isso era uma doença, que eu tinha que tomar vergonha e deixar disso, com essas palavras. Aí você imagina como a gente sai de lá, né? Saí arrasada, cheguei a denunciar ele na... na... isso um ano depois eu cheguei a denunciar ele na... com a direção da empresa. Não sei se deu alguma coisa porque também ele... colocaram outra psicóloga no lugar, ele não ficou, não sei se foi por isso, né? Mas eu me senti muito mal quando ele colocou isso. Eu senti assim, que... pera aí, e aquilo coloca na sua cabeça: você realmente... ele tem razão? Não tem? Né? (...) Mas naquela altura minha autoestima... já nem tinha mais, você já tava muito fragilizada por conta daquilo ali.

Da experiência de transfobia com esse psicólogo, Flávia deliberou que passaria a se consultar preferencialmente com mulheres nas mais diversas áreas. Diz:

Então eu passei a ir no, nas endócrinas, nas psicólogas... e eu sempre tive uma preferência em trabalhar com mulheres, com médicas. A minha experiência com profissionais homens tá sendo aqui [no Ambulatório Trans]. [Com as mulheres, sentia] mais à vontade! Pra me abrir e tal. Mesmo porque depois daquela que eu, que o psicólogo falou comigo eu já, você já tira aquela coisa mesmo, não quero. Então dentistas, hoje, as dentistas minhas são mulheres, nunca fui... não sei, acho que a forma delas tratarem, as coisas eram... sei lá, eu me sentia mais à vontade.

Nesse ponto, Flávia constrói uma saída diante do machismo e da transfobia que sofre. Primeiro, conta um pouco mais de sua trajetória na psicologia, quando consegue estabelecer um vínculo:

Então pra mim, eu fiquei com ela mais um tempo, mais um ano. Mas durante esse ano, aí a gente começa naquela situação assim de... achar que a gente tá pronta, sabe? Passa um ano com a psicóloga, aí você "ah, num vou mais gastar dinheiro, eu achei que eu tô pronta". Aí você... é um engano, porque você não tá pronta ainda, aí começa a passar um mês, dois meses, três meses, você começa a cair de novo numa depressão, não tão profunda quanto foi a primeira, mas que passa a te incomodar. E você passa a querer procurar de novo sua psicóloga outra vez, mas ao mesmo tempo, como você deixou ela

dizendo que, por causa de grana, mas foi porque você achou que já estava bem, a vergonha começa a ficar assim, você acaba não procurando ela, você acaba procurando uma outra. Foi quando eu procurei a Dra. Gabriela, que ela também me deu esse apoio. Mas nesse meio tempo, como o Paulo, eu tive que levar o Paulo na psicóloga, que foi a Dra. Fátima, que é até aqui do bairro, eu ficava entre ficar com ela ou passar pra uma outra, mas como ela tava tratando do meu menino eu achava que num ia dar certo eu pegar as duas coisas. E eu também não era aberta a conversas igual hoje, por mais liberdade que eu tivesse de fazer outras coisas, assim, pra conversar com ela, em abrir com ela eu acho que não... eu ficaria com medo dela passar aquilo pro Paulo, então eu não fazia isso. Aí eu peguei a Dra. Gabriela, fiquei com ela mais 6 meses, e depois da Dra. Gabriela eu encarnei mesmo, falei “bom, agora eu tenho que pegar uma outra que vai me dar mais suporte, né, não tem jeito”. E foi aí que eu consegui pegar a Dra. Fátima e a gente foi desenvolvendo. E muita coisa também eu desenvolvi por conta própria, né? Porque você vai aprendendo com a vida, com o tempo, essa Bárbara⁵¹ mesmo a gente se dava muito apoio uma pra outra, então às vezes o que eu aprendia eu passava pra ela, ela também ia... até hoje nós somos amigas assim de, ela é minha irmã, minha irmã que eu não tive, porque apoio de família eu nunca pude contar também, sabe? Então a minha maior vantagem em matéria de apoio de família, que eu não tive, é que eu sempre fui independente, nunca fui rica, mas sempre fui independente financeiramente, porque eu sempre trabalhei, sempre tive minhas formas de ganhar o meu dinheiro, então eu nunca dependi da família pra viver, então eu.. [pausa].

Aqui, ressalta-se o caráter às vezes solitário do Itinerário Terapêutico de Flávia. Muitas pessoas são envolvidas, mas ela reforça que muita coisa ela “desenvolveu por conta própria”.

Nesse itinerário, a presença de profissionais não médicos fica muito evidente em todo o processo. Quanto à medicina, Flávia também teve experiências boas e ruins, sendo que entre as ruins, a entrevistada passa por situações claras de transfobia. Podemos citar a sua vivência quando busca os exames de rastreio do câncer de próstata, devido à sua idade:

No Hospital C., eu fazia exames de próstata, tanto que eu me preocupava tanto com isso que eu fazia, né? Ultimamente, eu nem tenho feito, deve ter o quê... uns dois... não, tem mais de 3 anos que eu não faço. Então eu tive uma época que eu tava fazendo com um médico lá do C., e eu notei que a partir do instante que ele começou a notar que eu tava modificando meu corpo mais, tava muito claro a minha transição – porque a transição da gente, ela vai de uma posição ogra, até que ela vai, como diz, um sapo, e você vai virando, virando, até que você começa a se tornar uma princesa. Então, nesse meio

⁵¹ Bárbara é uma amiga de Flávia, também trans, até então não citada aqui. Flávia define sua relação com Bárbara da seguinte forma: “Uma outra trans que era... também precisava de ajuda e nós duas nos ajudamos. Hoje ela é muito bonita, já fez a redesignação dela, e nós nos apoiamos uma na outra”.

tempo, quando ele percebeu que eu tava me transformando numa coisa que não era o que estava acostumado a tratar, eu notei que o tratamento dele começou a mudar comigo. Ele começou a ser mais agressivo comigo. Por isso que eu larguei ele, né? E quando eu fui no outro, ele foi mais neutro, mas também não tinha experiência com a minha situação. Então, por isso que talvez eu tenha optado por fazer mais exames de sangue, aí a médica vê o meu exame de sangue e “tá tudo ótimo, então não precisa fazer”. E meus sintomas são tudo tranquilo e tal, nunca me apareceu sintomas que eu poderia ter problemas com a próstata e tal, e mesmo porque os hormônios femininos vão te dando essa... vão tirando essa possibilidade de você ter algum problema nesse sentido, diminui um pouco, pelo que eu pesquisei. Então, esse médico, ele não tinha preparação nenhuma pra isso. E o outro também não.

Trata-se de um exemplo de violência institucional que tem repercussões importantes no itinerário de Flávia. Todos os episódios de violência culminam em demora para procurar atendimento para as mais variadas questões de saúde, busca de alternativas dentro do seu projeto (“por isso que talvez eu tenha optado por fazer mais exames de sangue”), dificuldade em formar vínculo com profissionais médicos, dificuldade em estabelecer uma relação de cuidado com profissionais homens em geral, peregrinação por diferentes serviços na busca de um atendimento digno.

Flávia, finalmente, consegue construir sua própria rede de cuidados com profissionais da saúde suplementar, e fica com elas por um tempo, até ficar sabendo por pesquisas a respeito do Ambulatório Trans. Decide por meios próprios buscar o ambulatório no ano de 2018, e cria um vínculo consistente com o serviço. Sua demanda é de um atendimento acolhedor, com menos entraves ao acesso, que não tenha que viver uma situação de estresse a cada novo atendimento. Não apresenta demandas cirúrgicas. Segue em psicoterapia com uma profissional fora do ambulatório. E encontrou sobretudo na arte uma forma de ressignificar as diversas limitações que teve ao longo dessa trajetória:

Ah, pra mim foi difícil também no começo porque você se abrir com outras pessoas era muito difícil, a gente se colocar numa posição, porque na época eu achava que... que era uma posição inferior, vou dizer assim. “Ah, eu vou chegar pra uma médica ou pra um médico e falar assim: aqui, eu tenho essa coisa de ser trans, eu quero me tornar uma mulher”, aquela coisa toda e tudo, dá aquela impressão que você tá se diminuindo e deixando a outra pessoa maior, sabe? E com o tempo que eu fui perdendo isso, fui aprendendo que nós trans somos tão gente, tão pessoas, tão fortes quanto qualquer uma outra! Então

eu aprendi muito isso com relação ao trabalho que eu fazia, tanto teatral quanto musical. Que a partir do instante que você tá no palco, você comanda o que tá fazendo, esteja quem estiver lá em baixo, na plateia, você é a que manda, é a que tá colocando. Então você tem lá seus 40 minutos, 15 minutos, duas horas de fama, porque a pessoa tá indo lá pra te ver, então eu comecei a passar a colocar isso no meu dia a dia como trans, né?

Carta de alerta: a prosa dialogando com a poesia pela janela da alma⁵²

Sol Gouveia de Figueiredo

Eu sou o Sol, tenho 16 anos, sou transexual, branco e, como a maioria dos adolescentes, tenho muito a dizer para poucos que querem escutar e, nesta imensa oportunidade, meu impulso inicial foi escrever uma carta que dialogasse com a minha ansiedade, como se eu não soubesse que sendo minha eu a tivesse produzido e reproduzido à quase exaustão do corpo.

Descobri nas minhas noites mal dormidas que o corpo adolescente ainda é permeável às críticas e aos olhares sempre violentos, mesmo quando tentam parecer dóceis. Ainda estou elaborando isso.

Abandonei a ideia de conversar com minha inimiga íntima por carta, porque neste processo percebi que a ansiedade parece mais um sintoma da luta entre o meu inconsciente e a minha consciência, com a realidade agindo como uma juíza. Ela parece ser a síntese de “alguém que já não fui”, um conflito entre o que se revelou em mim e o que ainda está por se tornar, ela é o confronto, a guerra interior, uma guerra do inconsciente com a consciência da minha identidade de gênero, quem sabe?

A ansiedade não brota do nada e, em um adolescente transexual, muitas vezes é gerada pela certeza da incompletude, de não ter espaço para respirar sem ser ofegante. Ela produz mortes nas nossas mentes e nos nossos corpos, com muita violência e pouco espaço de esperança. Estas mortes vão se sucedendo de maneira covarde e quase invisível e parecem uma simbiose do que não vemos, porque não somos vistos, talvez por ser fruto de vários silenciamentos e ausências de espaço de escuta para nós, que olhamos e escutamos, mas não somos vistos ou escutados com humanidade. A nossa ansiedade não é uma qualquer, ela parece ser fruto da nossa desumanização.

Espaços de escuta para pessoas T deveriam ser instituídos pela cidade, como jardins, parques e praças, porque são vitais, sem eles nós continuaremos morrendo nos nossos espaços privados ou nos espaços públicos, que não nos aceitam e não nos reconhecem como humanidade.

⁵² Texto escrito por Sol Gouveia de Figueiredo escrito para o livro do Ambulatório de Saúde do Adolescente Janela da Escuta, da UFMG, no prelo. O texto, contribuição de Sol, faz parte de um capítulo escrito conjuntamente comigo e com Alexandre Costa-Val. A reprodução nessa dissertação de mestrado foi autorizada pelo autor do texto.

Tenho vencido minha ansiedade falando, escrevendo e produzindo minha arte. A palavra salva. Ela salva muito mais, quando falamos e somos escutados, quando podemos olhar nos olhos de alguém e perceber que esse outro foi afetado e me afeta, porque vejo humanidade no seu olhar.

Sendo assim, neste espaço que nasce de um convite à escuta, à visibilidade, me sinto livre para dizer que existo, resisto, penso e dialogo com muita vontade de que este processo se transforme, também, em possíveis propostas de construção e/ou reconstrução de espaços públicos de saúde mental para a população T. Não posso seguir sem trazer comigo a humanidade dos meus e com ela todos os conflitos e confrontos, que nos são impostos. Esta é uma carta de alerta, uma declaração de resistência.

Por falar em confronto, eu preciso registrar que estamos vivendo a pandemia do novo coronavírus e, neste momento histórico em que perdemos mais de quarenta mil pessoas no Brasil⁵³, nós estamos convivendo com tantas desigualdades, que somos obrigados a tomar as ruas e enfrentar toda sorte de perigo e contradição, por nós e por todas as pessoas, inclusive as que nos oprimem e aquelas que, por vezes, parecem ser nossas aliadas.

Dentre tantas contradições impostas a todes, aquela que mais nos coloca em xeque é a urgência pela valorização do Sistema Único de Saúde – SUS e pela ciência, de modo geral. Que momento histórico é esse em que nossos corpos trans e travestis são convocados a correr riscos para defender a ciência, a educação, a democracia, que nunca nos permitiu um lugar de existência digno? Todos nos patologizam, todos nos excluem de direitos, todos nos deixam à mercê de alguns poucos ativistas que se somam a nós, mas não confrontam a sua própria realidade em favor da nossa existência e convivência. Nossos aliados são assépticos e muitos não percebem. Eles seguem nos apoiando sem questionar a estrutura, que nos elimina. Agora, eles precisam de nós, porque nos ignoraram em nome de um inimigo que não percebiam ser comum a todes.

A ciência, que sempre precisa de nós para se manter viva é, contraditoriamente, uma das nossas exploradoras, porque atende aos nossos opressores e seus interesses de lucro. Assim, a relação que deveria ser cooperativa, se torna desigual, colonizadora e precisa ser combatida, não somente por nós, mas também e, principalmente, pelos sujeitos que se beneficiam dela, não abrem mão de seus privilégios e se enriquecem produzindo formas de definir nossos corpos à sua imagem e semelhança. Estes que exterminam nossos corpos e nossa consciência com ofertas inalcançáveis para a maioria de nós.

Meus questionamentos não são ressentidos, mas sim conscientes e são fruto do entendimento do meu corpo-político, que intersecciona com outras lutas e se aproxima, de maneira especial, da luta do povo negro, que são a parcela mais atacada das pessoas trans e travestis e estão sempre a liderar revoltas, sempre a convocar a todes, inclusive a nós transexuais brancos e brancas.

Quais lições de humanidade podemos tirar como povo branco e quais lições de humanidade podemos oferecer como população T? Estas são questionamentos que faço a mim, como pessoa branca, mas com

⁵³ O texto foi escrito entre maio e junho de 2020

ainda mais intensidade a todas as pessoas que se beneficiam da heterocisnormatividade.

As vozes da minha comunidade não têm reverberado em outros territórios, além dos muros que a sociedade constrói a cada tentativa nossa de pertencer e existir sem precisar lutar, questionar, confrontar o universo denominado “normal” (antes da pandemia) e, agora, o “novo normal”.

Este “novo” também não nos inclui, ele se apresenta como uma fagulha de tentativa de existência plena para as pessoas brancas heterocisnormativas, mas se torna mais excludente e se impõe como outra etapa de luta, ainda mais difícil e cruel, para a população trans e travesti. Sim! É cruel, porque se antes nos invisibilizavam e, quando nos viam, nos matavam com requinte de crueldade ou decretavam nossa morte simbólica, agora nos fazem voltar anos atrás na nossa luta pelo direito a ter direitos e, ainda assim, eles esperam que façamos a defesa das estruturas, que deturpam nossa existência e nos exterminam. Muito sinistro. É necropolítica que chama!

A Ciência e a arte são muito importantes para as construções dos corpos trans e travestis, mas a ciência nunca chegou para nossos corpos com os mesmos direitos que chegam para corpos brancos, cisgêneros, ainda que tenhamos tido muitas críticas à democracia que o país teve o gostinho de vivenciar. Primeiro, porque são estes corpos os que têm portas abertas, janelas de oportunidades ou qualquer outra analogia que se possa usar para falarmos de privilégios e vantagens. Segundo, porque nossos corpos trans e travestis, que se encontram fora do padrão idealizado pela heterocisnormatividade são invisibilizados ou apagados, quando insistimos em ocupar os espaços de vivência, que as pessoas cisgêneras pensam ser somente seus.

Neste momento em que vivemos uma pandemia esta situação se agrava e a ciência segue não sendo nossa melhor companhia. A arte, sim! Ela nos acolhe, nos contempla e é com ela e não apenas por meio dela, que temos conseguido nos comunicar, manter nossa saúde mental e nos sentirmos vivos, apesar de mais uma grande ameaça.

A Pandemia é apenas mais uma das grandes ameaças pelas quais passamos e, se a ciência precisa de nós para manter a sua credibilidade, eu afirmo que ela sempre precisou de nós e nunca esteve descredibilizada como nossos corpos trans e travestis permanecem, desde sempre.

Falar nesse contexto histórico, quando reelaboro meus pensamentos considerando os últimos acontecimentos políticos, que fazem frente à Pandemia – genocídio do povo negro, dos corpos trans e travestis, das mulheres e meninas – torna-se ainda mais sanguínea minha vontade de me expressar com arte.

A arte nos aproxima da humanização. Ela é uma linguagem que permite educar melhor os olhares, ainda que nossa sensação seja a de seguirmos inaudíveis e invisíveis para os fascistas e, também, para muitos antifascistas.

Estamos a enfrentar a ansiedade e todas as imposições aos nossos corpos, nos aproximando da luta que mais importa neste momento: o combate ao racismo. Assim, permanecemos nos completando na luta e construindo novas possibilidades de um mundo em que todos possam viver com direitos iguais, sem serem sufocados pelo silêncio

dos autodenominados “homens de bem” (leia-se homens brancos, cis, das elites e grande parcela da classe média).

Finalizo com uma poesia, uma expressão da minha lealdade à arte, que é minha grande companheira e grande aliada, porque ela me salva sempre. Na verdade, ela salva a toda a minha comunidade, porque a arte é transgressora, como nós, transexuais e travestis.

Inimiga Íntima

Você não me deixa respirar
Se alimenta do meu pavor
Tenta me sufocar
Aumenta minha dor

Quero respirar sem pressão
Sair da caixa onde você me prende
Sem olhar de reprovação
Se é que você me entende

Liberdade exige luta
Minha vida é resistir
Supero a mais vil conduta
Que tenta me reprimir

Meu esforço de superação
Resistência para não ser vítima
É abrir meu coração
Com poesia
Inimiga íntima.

Caíque: “A ousadia de correr atrás”

Minha infância eu já me considerava menino. Mas eu fui criado numa família muito, assim, só a minha mãe que me criou com meu irmão. Então, embora eu me sentia um menino, mas eu tinha que ser o que minha mãe via ali no meu corpo que eu era, uma menina. Mas eu sempre gostei de bola, de carrinho, coisas de menino, sempre brinquei com meninos, nunca fui essas coisas de menina. Roupa masculina eu uso desde sempre. 17 anos eu já comecei a usar roupa masculina. Agora o cabelo foi... tem 2 anos que cortei porque pelo fato da minha cidade ser ainda uma cidade muito mente fechada. A questão mais que eu preocupava é o trabalho, assim. Não sei, eu tinha uma insegurança de cortar o cabelo; como eu sou independente – eu saí de casa tem 6 anos – eu dependo de trabalhar em empresa privada ainda⁵⁴, eu tinha esse receio de cortar o cabelo, e as empresas de certa forma elas julgam a gente pela aparência, não pelo profissionalismo e a

⁵⁴ Há, aqui, uma contradição que muito nos diz a respeito da lógica capitalista: Caíque se diz independente por não precisar dos seus pais ou familiares para garantir o seu sustento; mas na mesma frase se mostra dependente do “trabalho em empresa privada ainda” para sobrevivência, a ponto de abrir mão de sua real identidade por um tempo por medo de não conseguir trabalho. Há um cerceamento de liberdade evidente que parte de relações hierarquizadas de trabalho, em que o instrumento de poder seria o capital.

capacidade que a gente tem. Aí por isso que eu tomei essa decisão nessa empresa que eu estou hoje, que eu cortei o cabelo quando eu entrei nela.

Tive a ousadia de vim a assumir já tem dois anos. Por questão da sociedade, família. Começou primeiramente dentro da empresa que eu trabalho. Aí depois que eu vim a assumir na família. Na empresa que eu trabalho foi super tranquilo, inclusive me aceitaram muito bem e me deram mó força. Na minha família, eu assumi primeiramente pro meu irmão caçula, e consecutivamente ele que falou pra minha mãe. E até então eu tô... eu tô indo. Assim, sem assumir pra ela da minha boca, né? Mas ela já sabe que estou fazendo uso de hormônios, essas coisas. Comigo ela não toca no assunto. Ele começou a falar pra ela por causa da novela, né? Como ela assistia a novela, então ficou mais fácil. Aí ela entendeu e ela até comentou uma coisa que eu não sabia, que ela questionou ele: será que é por isso que quando ela estava grávida de mim, que ela queria muito um menino; será que isso tem alguma coisa a ver? Pode ser, né? [Risos].

Caíque é um rapaz reservado, de riso fácil, que começou a se consultar no Ambulatório Trans em novembro de 2019. Diferentemente das duas pessoas entrevistadas anteriormente, nós não nos conhecíamos previamente à entrevista. Foi uma escolha aleatória diante da disponibilidade de ambos naquele momento. Abordei o jovem na sala de espera e expliquei os objetivos do estudo, e o mesmo aceitou participar. No dia da nossa conversa, passou pelos atendimentos de rotina do ambulatório, com psicologia, serviço social e medicina de família, e também passou por consulta com endocrinologia, uma vez que vinha de longe e já fazia uso de hormônios, e demandava tal atendimento. Caíque se mostrava mais objetivo nas respostas, sem grandes abstrações, e, diferentemente das outras pessoas entrevistadas, delimitou sua narrativa basicamente no itinerário terapêutico, deixando muito menos evidente a sua história de vida para além das suas questões de busca por cuidado.

Um aspecto interessante do nosso contato foi um laço transferencial inicial construído a partir da entrevista – após ter passado por uma série de atendimentos, no fim do dia Caíque deixou uma mensagem com a psicologia agradecendo a ela e a mim. No seu segundo dia no Ambulatório, em fevereiro de 2020, me procurou mesmo sem um atendimento agendado, “para conversar”. Há, aqui, um encontro. Acredito que essa transferência terá repercussões posteriores na sua trajetória dentro do nosso ambulatório, e esse é um ponto importante a se considerar quando se assume uma pesquisa: o estudo tem

repercussões na vida do pesquisador e do sujeito que participa desde o momento do primeiro contato.

Trata-se de um rapaz de 29 anos, que trabalha como fiscal de loja, e vive numa cidade do interior de Minas Gerais, bem distante da capital. Precisou de viajar mais de sete horas de viagem para chegar a Belo Horizonte. A Prefeitura não fornecia transporte, mas disponibilizou as passagens de ônibus para o deslocamento do usuário. Sua cidade é um polo da região, com mais de 200 mil habitantes. Ainda assim, quase todas as buscas por instituições formais de cuidado que o auxiliassem tinham frustrado as suas necessidades, tanto no espaço público quanto no privado.

O seu Itinerário é um percurso de busca por atendimento em serviços formais. Sua narrativa evidencia os vários furos da rede de atenção à saúde, as dificuldades do SUS em fornecer atenção à saúde de acordo com seus próprios princípios, em especial para as pessoas trans, e as limitações também no ambiente privado. É um recorte oportuno do que ocorre em grande parte das cidades brasileiras. Além disso, evidencia também o que percebemos como uma autorização do “não saber” (VAL, 2019) por parte dos profissionais da saúde, que têm como álibi o desconhecimento do campo das sexualidades como uma forma de não poder ajudar, ou de poder não ajudar.

Pelo SUS eu tive um pouco de dificuldade na minha cidade. Em 2017, eu tentei a consulta, fiquei esperando sair, e essa consulta não saía de forma nenhuma. Aí eu procurei um... como chama... uma ONG na minha cidade, o diretor dessa ONG pediu pra mim ir na secretaria de saúde e procurar uma pessoa lá em nome dele e que essa pessoa iria me ajudar. De fato ela me ajudou, ela conseguiu fazer com que minha consulta saísse, mas quando minha consulta saiu, que eu fui em busca do atendimento, a especialista disse que ela não tem esse suporte na cidade. Aí eu passei esse constrangimento com ela porque ela alegava que não tinha esse suporte, e que eu tinha que ser tratado numa equipe multi... multi... como que fala... multidisciplinar. E eu sofri também em busca com a psicóloga que foi a mesma coisa. Aí foi por isso que eu cheguei até aqui, porque a endócrino me encaminhou.

Caíque começa a fazer reflexões mais recorrentes sobre sua identidade de gênero em 2014, apesar de já ter esse entendimento desde a infância. Nos três primeiros anos a partir de 2014 (dos 24 aos 27 anos de idade), essas reflexões não envolvem locais de cuidado à saúde. Em 2017, procura uma

consulta com a endocrinologia no município em que vive, em busca de apoio hormonal, mas espera dois anos pela consulta e ela não acontece. Daí, procura uma ONG na sua cidade, e o diretor da ONG o orienta a procurar a secretaria de saúde utilizando o seu nome como referência. A partir dessa intervenção, a consulta com a endocrinologista sai, mas a profissional diz que não pode ajudá-lo porque necessitaria de um suporte de equipe multiprofissional. Passa por atendimento com psicóloga e a conduta é semelhante – sabemos que um profissional da endocrinologia e um da saúde mental já poderiam criar um ambiente bastante favorável e começar um trabalho efetivo ali; os serviços de atenção especializada existem e cumprem uma agenda própria já discutida aqui, mas qual seria a real demanda do sujeito naquele momento?

O próprio entrevistado tem a percepção de que havia uma autorização colocada para que a profissional da endocrinologia não soubesse como ajudá-lo. O argumento não seria de falta de capacidade técnica, mas de falta de uma equipe direcionada a isso. Diz:

Assim, ela falou que ela não me negaria ajuda, que ela iria me ajudar me encaminhando pra um lugar certo, entendeu? Mas que ela lá não tinha esse suporte pra poder tá tipo me ajudando na minha cidade. Porque de certa forma iria dificultar muito esse encaminhamento, que ela falou que eu teria que fazer um esforço, mas que seria necessário. Para você ver, essa consulta eu tava tentando em 2017, que não saía. Só saiu agora em 2019 porque eu recorri a outros meios. Procurei a ONG e o diretor me encaminhou pra responsável pela secretaria. Eles não tem conhecimento nenhum lá na minha cidade. Nenhum conhecimento sobre o assunto trans. [Eu percebo isso] Pela dificuldade de poder me ajudar, né?.

Com a psicologia do SUS do município, em um ambulatório geral, ocorre situação semelhante:

Foi a mesma coisa, ela não tem conhecimento com esse assunto. Na verdade, ela não falou de fato assim que não tem o conhecimento, ela alegou a mesma coisa, que não tem o suporte. Que ela fala que o suporte é ter um endócrino, um ginecologista, que faz parte do ciclo, que não é só ela pra poder fazer esse trabalho, não tem uma equipe multiprofissional. Só que ela não teve interesse de me dar encaminhamento como a doutora Graça [endocrinologista] fez. Eu acredito que [a psicóloga] não [conhecia o trabalho do Eduardo de Menezes] e nem esforçou pra conhecer né? Inclusive depois disso eu

até abri uma reclamação lá dentro do hospital mesmo da minha cidade. Ela poderia buscar pelo menos, né? Buscar pelo menos ajudar assim em alguma coisa. Não me ajudou. Porque eu acho que ela tem um conselho pra isso.

Depois de passar pelas experiências com a endocrinologista e a psicóloga, e antes de chegar ao Ambulatório Trans, Caíque recorre então a um cartão de descontos para consultas particulares para procurar um endocrinologista na sua cidade:

Eu busquei ajuda com particular, afinal era um cartão de todos que eu tenho na minha cidade que me deu essa oportunidade de tá aderindo... a consulta era bem barata, por isso que eu fui em busca. Na verdade é um cartão de desconto. Antes de aderir eu procurei a saber se o endócrino iria me ajudar. Aí eu tirei a dúvida e ele falou que sim, e foi tranquilo. Aí ele me ajudou no processo de começar, porque na prática, na verdade, eu tinha começado com Dura [Durateston®]⁵⁵ por conta própria no mercado negro [sic], e nisso eu já tava meio com o pé atrás de ser falsificado, porque eu tinha certeza que era, após eu fazer os exames que ele pediu e tava bem ruim os resultados.

Nesse ponto, Caíque diz sobre a auto hormonização à qual se submeteu após esperar dois anos por uma consulta de endocrinologia e não ter sua demanda acolhida. Antes de passar pela consulta com o cartão de desconto, começou por conta própria a fazer uso de testosterona injetável.

Aqui, há duas considerações a se fazer: a primeira diz respeito ao fato de que o usuário busca a aplicação de hormônios por conta própria como uma alternativa, após não ver respostas nos aparelhos formais de cuidado. A segunda consideração seria a ideia de que, insistindo nos serviços formais por meio do cartão de todos, Caíque viu a necessidade de avisar o médico antes sobre sua demanda em saúde para saber se o mesmo poderia ajudá-lo ou não – o que abordaremos detalhadamente mais adiante nesse trabalho. Chamarei esse ato de anunciar ao profissional sua demanda para ver a possibilidade de

⁵⁵ Medicamento inicialmente utilizado para reposição de testosterona em homens cisgênero, muito utilizado por homens trans para incremento dos caracteres sexuais secundários masculinos. Na prática cotidiana do trabalho com pessoas trans no ambulatório, percebo que é comum que os homens trans nomeiem o medicamento Durateston® como “Dura” e o medicamento Deposteron®, usado para o mesmo fim, como “Depo”.

atendimento ou não, que se vê como um ponto comum entre as narrativas, de “aviso”.

Sobre o aviso, o usuário nos conta:

A pessoa que ativou esse cartão de descontos pra mim entrou em contato com ele e expôs o meu caso. Falou pra ele a história, detalhou pra ele o que era de fato, porque que eu queria a consulta com ele e ele pegou e deu um ok, sim...

Sobre o uso de hormônios por conta própria, Caíque diz:

Durante sete meses. Foi um amigo que me indicou [Risos]. Como eu ainda não tinha a quem recorrer, como eu falo assim, receita, não tinha como eu comprar na farmácia, porque tinha que ter receita né? Aí por isso que eu recorri por esse lado aí. Não vi muitos resultados não. Pouquíssimos. Nas redes sociais, eu procurei a saber como era o ciclo da Dura, como eu deveria começar de iniciante, aí eu optei por começar de 21 em 21 dias por eu ser iniciante.

Finalmente, depois de sete meses utilizando hormônios sem uma orientação médica, vai à consulta com o endocrinologista por meio do seu cartão de desconto. Primeiramente, recebe, nas próprias palavras de Caíque, uma “dura”:

Então, quando eu falei pra ele que eu tava usando por conta, aí ele já me deu uma dura, aí de cara, eu acho que eu tava muito com ansiedade, porque eu demorei muito tempo pra tomar essa decisão, não que eu demorei muito tempo, acho que eu demorei o tempo certo, mas pra gente o tempo é longo porque, assim, eu no meu caso eu acho que eu deveria ter começado com 15 anos, pra mim eu estaria ótimo. Eu acho, porque nesse intervalo de 15 eu já tinha minhas confusões, de não me entender, de não saber ainda o que realmente era ser homem trans.. (pausa) Ele falou que as coisas não é assim, que em primeiro lugar é a nossa saúde, né? Aí inclusive ele não quis me receitar hormônio injetável de começo, ele passou os exames, eu fiz, e ele me receitou o androgel. Que é o gel que é passado na pele. Aí eu tava no androgel. Como eu, particularmente, não sei se é da ansiedade, eu não tava vendo resultados, embora ele falou que tinha resultados sim porque como ele tinha feito o pedido dos exames e eu levei o pedido, ele me mostrou que realmente os exames estavam bom com o androgel, mas eu queria injetável. Aí ele me receitou a Depo. A voz melhorou bastante, pêlos, os traços também... A última consulta que eu tive com esse médico foi em julho [de 2019].

A partir daí, já começa a movimentação para que Caíque faça seu acompanhamento no Ambulatório Trans, a mais de 400 km da sua cidade. Com o encaminhamento feito pela primeira endocrinologista (do SUS), aliado a uma “ajuda” da Secretaria de saúde (que mesmo assim só ocorreu após o diretor de uma ONG interceder na questão), os trâmites para tal acesso caminhavam. Ainda assim, Caíque teve “a ousadia de correr atrás”, e conseguiu o telefone de um dos médicos de nossa equipe, para que o processo fosse efetivado de fato:

Eu consegui o número do médico, mandei um zap⁵⁶ e expus a minha história, foi dessa forma. Aí com o encaminhamento que ela me deu, eu mandei a foto pra ele, e na descrição da foto eu mandei a minha história. E a dificuldade que eu tava passando na minha cidade. Aí consegui marcar aqui, que ele mesmo marcou pra mim. Foi bem rápido.

Percebemos que todo o seu itinerário é construído em vários momentos a partir de desestabilizações de fluxos pré-estabelecidos. A negativa não é suficiente para que Caíque tenha seu acesso restrito, e o jovem encontra, ao mesmo tempo, dois caminhos – uma via alternativa aos serviços formais na forma de automedicação, e uma via dentro dos aparelhos formais, mas apontando os pontos de tensão para que algo seja feito, de forma repetida: abre reclamação no hospital pelo atendimento da psicóloga; entra em contato com a secretaria de saúde diretamente para conseguir a consulta, num primeiro momento, e para conseguir o atendimento no Eduardo de Menezes, num segundo momento; consegue o telefone de um médico do Ambulatório Trans para solicitar o agendamento da sua consulta. O próprio entrevistado evidencia esse ponto, por meio de uma crítica objetiva ao atendimento no SUS da sua cidade:

Quando eu expus o caso pra psicóloga, ela disse que foi um caso como o meu, só que o contrário: mulher trans, que queria começar esse processo né, de hormonização, de acompanhamento, e eu acho que ela, com certeza, ela falou a mesma coisa o que ela falou comigo, que não tinha esse suporte, e simplesmente a pessoa virou as costas e foi embora, então, assim, não buscou nenhuma ajuda, entendeu? O despreparo, né? Inclusive da psicóloga também. Então quer dizer que

⁵⁶ Gíria para mensagem por whatsapp, mídia social de comunicação instantânea

se tivesse passado mais 5 pessoas lá, antes de mim, todas iriam voltar pra casa sem uma ajuda, sem uma resposta? Porque eu fui atrás...

E, também nessa linha, faz uma crítica com precisão sobre o discurso biomédico carregado de defesas, de que seria necessário logo de saída um atendimento de equipe especializada, quando diz a respeito da primeira endocrinologista pela qual passou:

Embora eu acho que ela poderia me ajudar sim porque ela é uma endócrino, ela é a profissional que tem experiência com hormônios, ela é muito capacitada que eu sei, entendeu? Mas eu acho que ela pôs uma barreira por ser um assunto trans. Não sei te dizer se é por medo, por insegurança, eu senti que foi insegurança dela.

Até aqui, a ideia de procedimentos cirúrgicos não havia aparecido em nenhum momento da fala de Caíque. Sua demanda principal era de fazer uso de testosterona para aumentar caracteres ditos masculinos, de forma supervisionada por um profissional do campo médico. Na nossa entrevista, a cirurgia de mastectomia masculinizante⁵⁷ surge quase no fim da conversa, quando Caíque aborda outro ponto delicado: os prejuízos provenientes do uso permanente de faixas compressivas para eliminar o incômodo causado pelos seios. O entrevistado reforça várias vezes que considera sua saúde como sendo muito boa, mas em certa altura consegue dizer dos agravos provocados pelo uso dos binders⁵⁸:

Usar faixa é muito ruim. Eu uso faixa, então me incomoda muito. Então por mais que eu tenho que esperar dois anos [para conseguir a cirurgia de mastectomia masculinizante], mas vai valer a pena. Aperta, machuca. Eu uso pra trabalhar. Começou a ferir o bico dos seios... Na verdade eu uso é binder. Mas como eu trabalho em pé, e eu ando muito, aí às vezes a faixa fica descendo e eu fico subindo, aí machuca, fere o bico dos seios, as costas doem muito, talvez porque aperta, né? Atrapalha um pouco na respiração também. Pelo tamanho [dos seios] é somente binder que dá certo.

⁵⁷ Mastectomia masculinizante (ou masculinizadora) é o nome que se dá para a cirurgia de retirada dos seios nos homens trans; é uma cirurgia diferente da mamoplastia, por exemplo, que é a cirurgia de redução dos seios, porque na mastectomia masculinizadora, além da retirada da glândula e de grande parte do tecido, há a construção de um peitoral dito masculino.

⁵⁸ Binders são modelos específicos de malhas compressivas utilizadas por alguns homens trans para que o peitoral tenha uma aparência dita masculina, para que os seios não fiquem com uma silhueta dita feminina.

A cirurgia entraria aí como uma das formas de solucionar o agravo provocado pelo uso prolongado de faixas compressivas, mas não seria a única. Trabalhar com o usuário alternativas aos binders, cuidados com o corpo, avaliar as suas representações sobre o corpo masculino, as suas construções sobre as masculinidades, tudo isso também poderia entrar em seu plano de cuidados, ampliando o escopo de possibilidades. É imperativo construir juntamente com o usuário o seu projeto. Nesse aspecto, a chegada do indivíduo ao nosso serviço é carregada de interesse. De toda forma, acredito que muitos dos cuidados elencados já poderiam ter sido tomados no território. E é nesse contexto que ele chega até nós.

Caíque ainda sinaliza sobre o fato de que os hormônios não são fornecidos pelo SUS para os tratamentos dos homens trans, enquanto o são para os homens cisgêneros. No Relatório descritivo do Projeto Transexualidades e saúde pública no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans⁵⁹, feito pelo Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT (NUH-UFMG) Departamento de Antropologia e Arqueologia (DAA-UFMG), de 14 homens trans que responderam a pergunta sobre qual era o meio de conseguirem hormônios, sete (50%) declararam ter obtido acesso a hormônios por meio da farmácia, com receita liberada por médico(a); três (21,20%) por meio de farmácia, com receita falsificada; um (7,20%) por meio da(s) academia(s) de ginástica/musculação; um (7,20%) por meio da Internet; um (7,20%) por meio de outras formas, assinalando ser essa outra forma “um amigo trans”; um (7,20%) assinalou a opção “não sei”. Caíque aponta que a ausência de hormônios fornecidos pelo SUS é outro fluxo pré-estabelecido que pretende desestabilizar. Braz (2019), mostra como a garantia ao acesso ao uso dos hormônios de forma gratuita na Argentina impactou positivamente a saúde das pessoas trans, após a Lei da Identidade de Gênero.

⁵⁹ Trata-se de estudo tipo corte transversal que traçou um perfil dos homens trans/transmasculinos quanto às características sociodemográficas, escolaridade, família, religião, migração/moradia, trabalho, transformação no corpo, saúde, política pública, violência, uso do tempo/lazer e cotidiano. Houve aplicação de questionário para homens trans participantes de comunidades específicas em redes sociais; o questionário ficou disponível para que os participantes pudessem respondê-lo no período de 26 de janeiro a 30 de julho de 2015. Foram aplicados cinquenta e um (51) questionários, dos quais vinte e oito (28) correspondiam aos critérios de elegibilidade estabelecidos para este estudo.

Aqui eu tenho que comprar. Vou tentar na minha cidade, É, porque o que acontece, a testosterona, os hormônios que nós homens trans usamos, é hormônios que são usados em homens cis para tratamento, entendeu? Então de uma certa forma deve ter sim no SUS, né?

E, após contar a sua trajetória, aponta para novas perspectivas a partir de uma sugestão que faz no seu município:

Inclusive eu até dei uma ideia pra eles, é de tá buscando profissionais, porque a secretaria lá, eles comandam os PSF, né, os pequenos postos dos bairros. Aí eu dei uma ideia pra eles de tá buscando profissionais que entende um pouco desse assunto, pra quando for uma pessoa como eu, trans, lá buscar esse atendimento, não ter essa dificuldade que eu tive. É porque eu acho assim, quando eu falo do meu assunto, quando eu expus o meu assunto, que eu sou um homem trans, eu já expus pra eles ter um profissional que eles já tem que me direcionar, não eu ser direcionado pra um profissional que não vai me atender, entendeu? Então perde muito tempo, dá pra melhorar.

6 DIÁLOGO ENTRE O REFERENCIAL TEÓRICO E OS NÚCLEOS TEMÁTICOS A PARTIR DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

6.1 DEMANDA E BUSCA

Os Itinerários Terapêuticos comportam a trajetória – a história de vida contada em deslocamentos - composta por valores e sentidos, num percurso da busca por cuidado (Assis, 2014). O primeiro núcleo temático, nesse sentido, se refere à localização de uma demanda no campo da saúde e a consequente busca pela assistência.

Um ponto em comum às três pessoas entrevistadas é o fato de que todas elas percebem, com certa precisão, suas identidades de gênero desde a infância ou pré-adolescência:

Eu me senti transformada em mulher desde os 13 anos. Com 12 anos, eu já era um pouco mais diferente, mas não usava roupa de mulher (Fabiana);

Desde 5, 6 anos de idade (Flávia);

Na verdade, desde sempre né? Quando eu era pequeno, desde sempre (Caíque).

Todas elas conseguem dizer, de forma bem estabelecida, sobre quando começaram a elaborar a respeito de sua identidade de gênero, mas não precisam o momento em que surgiu uma demanda específica no campo da saúde. Não há, de fato, um motivo para que o campo da saúde seja acionado simplesmente pelo fato de a pessoa ser trans, ao contrário da ideia patologizante hegemônica que acaba ligando uma coisa à outra.

À medida que a expressão de gênero dos participantes se alterava e que suas vidas eram atravessadas pelas leituras sociais em relação ao gênero e à sexualidade, algo começa a se deslocar. Aqui podemos perceber como as matrizes de inteligibilidade de gênero de Butler (2003) são performances a partir de uma regulação discursiva que divide os corpos que são reconhecidos e os que não são. Há, nesse sentido, uma busca das pessoas, tanto cis quanto

transgêneros, por um lugar dentro do discurso⁶⁰. Borba (2014) destaca que as performances de gênero só podem acontecer em uma cena discursiva repleta de constrangimentos que limitam o que conta como inteligível. Nessa lógica, as pessoas cis encontram facilmente o seu lugar, ao passo que as pessoas Trans, muitas vezes, são acometidas por senso de inadequação, não pertencimento, desconforto com o próprio corpo. Como seria se vivêssemos numa sociedade que as mais variadas expressões de gênero fossem entendidas como singularidades possíveis?

É importante que se lembre que as identidades trans foram incorporadas pelo discurso biomédico no século XX, dentro do marco patológico, a partir de uma série de construções sociais iniciadas no século XIX. Foucault (2018) ressalta que os séculos XIX e XX foram marcados por uma multiplicação de práticas e discursos a respeito das sexualidades. As perversões, nessa época, foram estabelecidas e, juntamente com elas, sedimentou-se o campo das patologias sexuais. Segundo Prado (2017), ao mesmo tempo em que as inteligibilidades sustentam as ordens classificatórias, a ordem classificatória reforça essa inteligibilidade normativa.

As pessoas trans, nesse sentido, após se entenderem como não inseridas no discurso cis e heteronormativo, acabam buscando no campo da saúde (e obviamente não só nele) recursos para que haja uma inserção social possível. O cuidado, no entanto, se inscreve em um modelo que tem a visão patologizadora das identidades trans, fomentando uma série de desencontros e atos de violência institucional, detalhados nas narrativas sobre as buscas:

Quando ele [médico] percebeu que eu tava me transformando numa coisa que não era o que estava acostumado a tratar, eu notei que o tratamento dele começou a mudar comigo. Ele começou a ser mais agressivo comigo. Por isso que eu larguei ele, né? (Flávia);

Aí eu passei esse constrangimento com ela [médica] porque ela alegava que não tinha esse suporte, e que eu tinha que ser tratado numa equipe multidisciplinar. E eu sofri também em busca com a psicóloga que foi a mesma coisa (Caíque);

⁶⁰ Podemos utilizar aqui a noção foucaultiana de discurso, que diz que o discurso se refere a práticas (institucionais, linguísticas, educacionais, políticas, médicas, etc.) que produzem o objeto do qual falam de forma sistemática (Foucault, 2018)

Na farmácia num liberava, né? Aí o médico passava a receita pra ela, com nome dela, entendeu como que era o cambalacho? (Fabiana).

Após a primeira tentativa de inserção dentro do modelo de cuidados à saúde, todos entrevistados se depararam com barreiras em sua busca. Tais barreiras assumiram as mais variadas formas, o que requereu, neste estudo, que nos detivéssemos por mais tempo nesse momento do Itinerário Terapêutico.

6.2 BARREIRAS

Este é um núcleo temático de extrema importância para entender como se constrói o cuidado entre as pessoas trans. Nas três narrativas, houve diversas barreiras que dificultaram o acesso e fizeram com que os indivíduos trilhassem outros caminhos possíveis, seja criando alternativas às instituições formais de cuidado, seja desestabilizando os fluxos pré-estabelecidos – na maioria das vezes, as duas coisas acontecendo ao mesmo tempo. São tantas barreiras, que aqui optei por categorizá-las.

a) Autorização do “não-saber”

Nas narrativas, houve momentos em que as pessoas entrevistadas se depararam com profissionais que não tinham conhecimento sobre o cuidado à saúde de pessoas trans:

E ela [psicóloga] batia na mesma tecla comigo e com a Conceição de que aquilo era um fetiche, né? Ela batia sempre naquela mesma tecla. E como eu sabia que não era, eu acabei deixando ela pra lá, peguei uma outra no centro através do convênio, que também não entendia muita coisa (Flávia);

Então, esse médico, ele não tinha preparação nenhuma pra isso. E o outro também não (Flávia);

Fala que sabe. [Mas] Olha primeiro no computador, né? (Fabiana);

Então hoje, você achar um profissional da saúde que não tem nenhum conhecimento disso, eu acho uma profunda ignorância, porque hoje crianças com 10 anos já estão se manifestando como trans, se são gays, se são homossexuais, o que que são, sabe? Então eu acho que é muita ignorância da profissional porque, do mesmo jeito que eu como uma profissional da música, eu tenho que pesquisar todos os dias sobre tudo novo que acontece, qualquer profissional tem que pesquisar tudo que acontece; porque senão fica... fica um profissional antigo (Flávia).

Uma das justificativas comumente utilizadas por parte dos profissionais da saúde em estudos (PAULINO, 2019; VAL, 2019) seria a de que o profissional não apresenta o conhecimento necessário para abordar a saúde de LGBT porque não teve esse conteúdo ministrado em sua formação. O que chama atenção, aqui, é o fato de que para muitas condições que exigem conhecimento técnico-científico específico, os profissionais da saúde sentem-se capazes de estudar e aprender. Se uma paciente chega ao atendimento na Atenção Primária para o pré-natal, por exemplo, e o médico não sente que está preparado para conduzir aquela situação, há uma organização pessoal para estudar e aprender. O mesmo não ocorre quando a questão envolve sexualidades em sua dimensão que foge ao modelo cis e heterocentrado, uma vez que há uma espécie de autorização do “não-saber” (VAL, 2019). Essa autorização reforça a noção de Butler (2003) de que há uma matriz de inteligibilidade de gênero: há os gêneros que são aceitos socialmente, e os demais, que fogem desse modelo de cisgeneridade compulsória, são excluídos, não reconhecidos. Assim, por consequência, o profissional “pode” não saber prestar a assistência adequada àquele indivíduo. Val (2019) nos mostra que delegar ao outro a responsabilidade pelo desconhecimento é um ato que funciona como justificativa socialmente aceita para não precisar se defrontar com essas questões relativas às diversidades sexuais.

Não podemos ignorar que a formação profissional no campo da saúde ainda é muito deficitária em termos de um ensino de qualidade a respeito das sexualidades. A questão, no entanto, não é que não se fale sobre sexualidades, como já nos mostrou Foucault (2018). Fala-se muito⁶¹ (Val, 2019), mas a forma

⁶¹ Em um estudo de 2019, Val e colaboradores contabilizaram os títulos presentes no conteúdo programático dos programas das disciplinas obrigatórias e eletivas de cursos de Medicina, e observaram

como isso é feito não contribui para mudança de paradigmas. Trata-se, na verdade, de uma aliança entre poder e saber, entre ditos e não ditos, cujo objetivo é controlar o corpo social a partir da reiteração das normas de gênero (Foucault, 2018). Isso significa que há um olhar para as sexualidades no ensino das ciências da saúde, mas se trata de um olhar que reforça o discurso cis e heteronormativo, reproduzindo mais uma vez o rechaço à diferença que está presente em outras áreas, como o Direito ou as estruturas de governo. Louro (2018), nessa mesma via, lembra que as “descobertas” da medicina nas décadas finais do século XIX tiveram “efeito de verdade” e repercutiram em toda a posterior construção do discurso, a partir da premissa da continuidade sexo-gênero-desejo. Há, assim, uma produção e reiteração da norma heterossexual (Louro, 2018).

Sendo assim, há duas questões distintas em relação a esse tópico que precisam de intervenção: a) De fato, o ensino sobre sexualidades, partindo do reconhecimento das diversidades, precisa se expandir em termos qualitativos no currículo de profissionais da saúde, pois sabemos que se encontra longe do ideal; b) Ao mesmo tempo, a ausência de uma formação específica não pode continuar servindo de justificativa para o desconhecimento e pela desassistência.

b) Burocratização de fluxos ou criação de fluxos acessórios e mais difíceis

No Brasil, a assistência à população LGBT desafia os profissionais a desenvolverem ações de cuidado que superem uma histórica abordagem estigmatizante (PAULINO, 2019). Isso torna-se mais difícil quando percebemos

os seguintes dados: 8,6% deles (269 em um total de 3.099) se referia, de alguma forma, a aspectos relativos às sexualidades; 7,9% dos temas tratavam de aspectos estritamente biológicos – tais como “Morfologia e funções do aparelho reprodutor feminino (ovários, tubas, útero e vagina)” e “Abordagem do casal infértil” – e 0,7% tratava de aspectos psicossociais – tais como “Percepção do corpo relacionada à vida social: gênero e saúde” e “Sexualidades e gêneros e seus discursos regulatórios no campo da saúde”.

que as próprias portarias e resoluções que regulamentam a vida dessas pessoas nos hospitais ainda se inserem dentro do marco patológico (BORBA, 2014).

Para além disso, percebemos que, muitas vezes, a barreira ao atendimento, em termos da rede, está na criação de fluxos extraoficiais, criados a partir de brechas, e que se institucionalizam na prática clínica e acabam se tornando cristalizados. Explico melhor com uma pergunta: será mesmo que todas as pessoas assistidas pelo Ambulatório Trans do Hospital Eduardo de Menezes precisariam estar num ambulatório especializado se tivéssemos uma Atenção Primária preparada para lidar com as diversidades no campo da sexualidade?

A partir do princípio da Integralidade, há necessidade de um serviço específico para demandas próprias do grupo populacional trans. Por outro lado, para muitos indivíduos o Ambulatório presta assistência que poderia ser prestada no território. Para ilustrar esse ponto, basta analisar o seguinte dado⁶²: 32% das mulheres trans atendidas no Ambulatório Trans entre novembro de 2017 e março de 2020, no primeiro atendimento, não desejavam a cirurgia de redesignação sexual; 33% não desejavam também a cirurgia de prótese mamária de silicone. Isso significa que, basicamente, um terço das mulheres trans atendidas chegavam ao serviço sem uma demanda cirúrgica para o Processo Transexualizador, sendo que suas demandas podiam ser das mais diversas: apoio hormonal assistido; auxílio na retificação de nome e gênero; orientações; formação de vínculo com pares; cuidados gerais em saúde não relacionados à transição⁶³. Muitas dessas demandas poderiam ser resolvidas pela Atenção Primária.

Isso repercute em piora dos indicadores de saúde na população trans (WHITEHEAD, 2016). Amaral (2011) sinaliza que a possibilidade de assistência à saúde de pessoas transexuais no Brasil surgiu a partir de portarias que colocam os procedimentos cirúrgicos como única forma de assistência, e isso

⁶² O dado faz parte do Primeiro Levantamento do Perfil Sócio Demográfico de Usuários e Usuárias do Ambulatório Trans Anyky Lima, que consiste de levantamento dos dados a partir de ficha de *check-list* preenchida no acolhimento dos usuários pela Psicologia no primeiro dia dos mesmos no serviço (Reis e Santos, 2021).

⁶³ Não são raras demandas gerais de saúde, uma vez que muitas usuárias e usuários não tem um vínculo sólido com a Atenção Primária. Essas demandas variam, como, por exemplo, controle de diabetes ou alterações de tireoide, solicitação de avaliação de afecções dermatológicas, tratamento de infecções urinárias, solicitação de avaliação da proctologia, urologia, PrEp, entre vários outros.

tem uma relação direta com o dado há pouco citado – se o único cuidado possível surge inserido em um modelo de assistência especializada em intervenções cirúrgicas, é fácil de entender que as pessoas procurarão a inserção nesse modelo, ainda que não haja uma demanda cirúrgica real. É importante ressaltar que o problema histórico aqui é muito maior: as identidades trans foram inseridas no discurso biomédico a partir das demandas de cirurgias de redesignação sexual da década de 1950 (AMARAL, 2011), após a cirurgia de Christine Jorgensen, e, com isso, desde o começo houve uma ligação entre a saúde dessa população e os procedimentos cirúrgicos. No Brasil, as primeiras menções à assistência à saúde de pessoas trans vêm com o surgimento das Portarias do CFM e Resoluções do Ministério da Saúde (TRINDADE, 2015), no fim da década de 1990, também centralizando os cuidados nos procedimentos cirúrgicos.

Teixeira (2018) sinaliza que se faz necessário preparar a Atenção Primária para cuidar das pessoas trans no seu território, seguindo as estratégias de matriciamento e referenciamento como articulador entre os serviços de baixa, média e alta densidade tecnológica. As cirurgias, nesse modelo, são ressignificadas, tornando-se somente uma parte do cuidado.

Vários são os desdobramentos dessa prática de dificultar os fluxos, criando novos caminhos mais tortuosos para o cuidado. O primeiro deles, e mais óbvio, seria a dificuldade física. Se o acesso físico já é difícil, muitas vezes, até a Atenção Primária – pessoas trans têm a probabilidade cerca de três vezes maior que pessoas cis de viajar mais de uma hora para uma consulta de atenção primária (WHITEHEAD, 2016) –, podemos afirmar que a distância para um espaço especializado pode ser impeditiva. Há pessoas que viajam toda uma noite para chegarem ao Ambulatório Trans. Em Belo Horizonte mesmo, devemos ressaltar que o Hospital Eduardo de Menezes fica em uma regional mais distante da área central da cidade, a Regional Barreiro⁶⁴. Mesmo os usuários que vivem em Belo Horizonte apontam para a questão geográfica como um fator que reduz consideravelmente a possibilidade do acesso: para os primeiros horários de

⁶⁴ Não só a distância geográfica do centro da cidade, mas o próprio acesso ao Hospital é difícil. Podemos citar o exemplo da temporada das chuvas de janeiro de 2020, em Belo Horizonte, que bateu o recorde de 667 mm durante todo o mês, repercutindo com uma série de deslizamentos na cidade, e a Regional Barreiro foi bastante afetada. O acesso ao hospital por todas as vias ficou bastante prejudicado por meses.

atendimento da manhã, muitos têm que acordar de madrugada e pegar mais de um transporte coletivo para chegarem a tempo. Assim, contar com a ajuda do Centro de Saúde para suas demandas seria um grande avanço, além de ser um direito. Outro desdobramento seria o fato de o Ambulatório acabar funcionando como um “gueto” para pessoas já em exclusão social, criando, assim, um círculo vicioso em que essas pessoas nunca passam de fato a circular nos aparelhos tradicionais.

Ela [endocrinologista do SUS] falou que ela não me negaria ajuda, que ela iria me ajudar me encaminhando prum lugar certo, entendeu? Mas que ela lá não tinha esse suporte pra poder tá tipo me ajudando na minha cidade (Caíque).

De certa forma iria dificultar muito esse encaminhamento, que ela [endocrinologista do SUS] falou que eu teria que fazer um esforço, mas que seria necessário (Caíque).

Eu acho que não [conseguem prestar assistência a pessoas trans] porque senão eu não estaria aqui, né? [Risos] (Caíque).

Nesse aspecto, percebi, a partir da análise do próprio processo de trabalho do Ambulatório Trans, que fazemos, de maneira muitas vezes imperceptível por nós mesmos, como equipe, uma tentativa de afrouxamento dos fluxos rígidos e também um questionamento desses fluxos extraoficiais, que tentam nos colocar como uma ilha de atendimento de pessoas trans, como se fôssemos o único local possível de atendimento. Esse questionamento se dá quando acionamos outros dispositivos da rede para discussão e construção dos casos, como, por exemplo o centro de saúde, o CRAS⁶⁵ do território, o Cersam⁶⁶ em casos de necessidade de um acompanhamento de saúde mental intensivo, ou quando discutimos com o sistema prisional ou sócio-educativo, ou ainda quando fazemos o acolhimento possível de adolescentes trans, mesmo sendo um Ambulatório que atende pessoas acima de 18 anos. Além disso, pela Portaria 2803, o Ambulatório não seria um serviço de atendimento integral, pois se prestaria exclusivamente às demandas do Processo Transexualizador, mas acredito que nossa prática vai muito além disso. Afinal, o cuidar reivindica a

⁶⁵ Centro de Referência de Assistência Social.

⁶⁶ Centro de Referência em Saúde Mental.

singularidade, convoca alteridade e desafia, questiona os limites rígidos das Normas/Protocolos e Portarias (TEIXEIRA, 2018). Assim, acabamos nós mesmos também desestabilizando os fluxos e permitindo que novas possibilidades sejam criadas. O cuidado deve ser visto como um processo relacional, que exige corresponsabilização e afeto (TEIXEIRA, 2018).

c) Preconceito

Aí eu fui no médico pra dar uma olhada [em uma queixa de sangramento anal], esse outro médico, embora um do Hospital D., ele chegou a rir da minha cara, sabe? Fiquei sem jeito (Flávia).

Agora lá em cima, lá no Hospital F. eu não gostei muito não. As menina de lá é muito esquisita, sabe? Trata a gente com a cara fechada... a gente chegava de manhã pra fazer a ficha: “Que que você quer?” Desse jeito, sabe? Parece que num tinha educação, sabe?” (Fabiana).

Foi um psicólogo... que era da empresa, que eu achei que seria bom, né, porque eu já tava lá e tudo, ele chegou a falar comigo que isso era uma frescura, que isso era uma doença, que eu tinha que tomar vergonha e deixar disso, com essas palavras. Aí você imagina como a gente sai de lá, né? (Flávia).

Quando ele [urologista] percebeu que eu tava me transformando numa coisa que não era o que estava acostumado a tratar, eu notei que o tratamento dele começou a mudar comigo. Ele começou a ser mais agressivo comigo. Por isso que eu larguei ele, né? (Flávia).

Uai, Lin, cê vai consultar com dona Sílvia [ginecologista]? Tá estranho, não?” Falei: “Não! Toda vida ela foi minha médica! Dona Sílvia é minha médica, por quê? Ces são contra, é?” “Não, é porque é estranho. Dona Sílvia é mulher de parto (Fabiana).

O preconceito contra LGBT é denunciado há muitos anos pelos movimentos sociais e por parte da sociedade civil. Aqui, não há surpresa em se constatar que as pessoas entrevistadas passaram por situações de violência institucional na forma não só de negligência, desconhecimento ou burocratização de fluxos, mas, também, formas diretas de manifestação de preconceito. Pessoas LGBT citam a falta de educação de trabalhadores, recusa de tratamento, abuso verbal e cuidado inadequado por parte de profissionais, como barreiras evidentes ao cuidado (PAULINO, 2019).

Em estudo norte americano (NEWMAN-VALENTINE, 2014), 101 mulheres trans indicaram o preconceito como a principal barreira de acesso. Na minha pesquisa, não há surpresa em se perceber que as mulheres trans relataram muito mais frequentemente sobre vivenciarem preconceito do que o jovem trans entrevistado. Há aqui um exemplo de vivência de misoginia e machismo, que marcam a trajetória de mulheres trans. Se, para Borba (2014), o sujeito seria um efeito-de-verdade de tramas de poder, saber e discurso cultural e historicamente específicas, torna-se possível perceber o movimento que ainda existe na sociedade de tentativa de subjugar o feminino, que assola as mulheres cis e trans. É o que Butler (2003) sinaliza dizendo que “o corpo só ganha significado no discurso no contexto das relações de poder” (BUTLER, 2003, p.162). E, como repercussão disso, os sistemas classificatórios de sexo e gênero utilizados pelos especialistas são constituídos por meio de uma operação de exclusão (ARÁN *et. al.*, 2008).

Ainda quanto ao preconceito, outros pontos são trazidos em estudo de Muller e Knaught (2008), a saber: há relato de trans que passam por situações constrangedoras e chegam a ter acesso negado; a não observação do nome social causa grande desconforto; trans eventualmente fingem não escutar quando são chamadas pelo nome de registro em vez do nome social. A negativa do uso do nome social é indicada como uma das principais barreiras de acesso aos serviços de saúde (TEIXEIRA *et. al.*, 2018).

A não observação do uso do nome social não foi descrita em nenhuma das entrevistas, embora sabemos ser esse um ponto crítico no acesso ao cuidado por parte dessas pessoas (WPATH, 2012). Pelo contrário, todas as pessoas entrevistadas reforçaram que são respeitadas nesse ponto. Isso mostra que os avanços estabelecidos através das reivindicações dos movimentos LGBTs têm surtido efeitos, apesar de estarmos ainda muito distantes de uma relação de igualdade. Na verdade, as duas mulheres trans entrevistadas não utilizam mais nome social, pois já tem seus nomes e gêneros retificados nos documentos. Caíque ainda não retificou seu nome e gênero por questões familiares. Ainda assim, Fabiana e Flávia também fazem construções a respeito da observância do nome – mesmo com a retificação, são comuns relatos de profissionais que se recusam a tratar as pessoas a partir do gênero identificado.

Flávia atribui a melhora no atendimento à sua passabilidade⁶⁷. Fabiana atribui ao fato de ter seu nome difundido nos sistemas do SUS. Caíque associa ao fato de ter apoio da Secretaria de Saúde.

Hoje em dia, atendem. Porque, mesmo porque, eu já não tô tão assim, eu tô muito mais princesa do que antigamente. Então talvez até se assustem com a forma que eu chego (Flávia).

Porque hoje meu nome tá no computador em todo lugar, né? Todos postos. Se eu vou na UPA, bate meu nome, Fabiana, eu tenho a identidade, né? (Fabiana).

Lá no PSF? Super tranquilo. Eles me tratam como Caíque mesmo. Até mesmo eu acho que eles me tratam dessa forma porque de certa forma a secretaria de saúde tem envolvimento com eles e quando vai marcar alguma consulta pra mim, quem entra em contato é a secretaria, então a secretaria já usa meu nome social, né? (Caíque).

d) Má qualidade da assistência, quando esta ocorre

Eu acho que eles não tem [preparo] totalmente, mas estão por dentro um pouco do assunto. Não tem totalmente, inclusive eu até dei uma ideia pra eles, é de tá buscando profissionais, porque a secretaria lá, eles comandam os PSF, né, os pequenos postos dos bairros. Aí eu dei uma ideia pra eles de tá buscando profissionais que entende um pouco desse assunto, pra quando for uma pessoa como eu, trans, lá buscar esse atendimento, não ter essa dificuldade que eu tive (Caíque).

E depois da Dra. Gabriela eu encarnei mesmo, falei “bom, agora eu tenho que pegar uma outra que vai me dar mais suporte, né, não tem jeito (Flávia).

Em revisão integrativa de 2019, Pereira e Chazan elencam algumas das barreiras ao acesso vivenciadas por pessoas trans, e, aqui, vamos nos atentar à parte que diz respeito às atitudes do profissional. Esse tópico poderia fazer parte do anterior, que diz respeito ao preconceito, mas optei por separar por se tratar de questões um pouco mais sutis. O objetivo aqui não seria o de apontar as causas dos comportamentos de profissionais, que dificultariam esse acesso, e,

⁶⁷ Passabilidade é um termo muito utilizado no próprio meio trans para dizer que uma pessoa trans “passa” por uma pessoa cisgênero, isto é, teria um fenótipo que sugere que seu gênero e sexo biológico são síntones. Podemos dizer que esse termo seria uma categoria nativa, mas há ressalvas sobre a violência que o termo carrega. Val e Guerra (2019), citando Vergueiro (2015), apontam que “passar-se” por uma pessoa cisgênera não é o desejo de muitas pessoas trans. Ainda que a passabilidade traga uma possibilidade de se adquirir tolerância e visibilidade social, acaba por reforçar a hierarquização já existente no meio social entre identidades de gênero.

sim, de reconhecer quais seriam esses comportamentos. Podemos listar algumas dificuldades enfrentadas por pessoas trans colocadas no artigo (PEREIRA; CHAZAN, 2019), seguidas de considerações tecidas pelo pesquisador do presente estudo:

- 1) Muitas vezes, o médico não toca no corpo da travesti, isso pode enfraquecer o vínculo e causar afastamento do serviço (PEREIRA; CHAZAN, 2019) – pessoas trans podem buscar serviços de saúde pelos mais variados motivos. Quando apresenta uma queixa clínica, seja na atenção básica ou em centros de urgência, ou em qualquer outro aparelho, a pessoa trans espera obviamente o mesmo rigor técnico na avaliação médica que teria qualquer outra pessoa; o estudo apontou nas narrativas das travestis, o fato de que o médico não tocava em seus corpos (MULLER; KNAUTH, 2008). Da experiência deste pesquisador com o atendimento de pessoas trans, a partir dos relatos das mesmas, podemos dizer que algo semelhante ocorre com outras pessoas dentro do espectro das identidades trans, para além das travestis – embora as travestis sofram formas particulares de preconceito;
- 2) Os profissionais tendem a acreditar que qualquer sintoma seja associado a um efeito colateral da hormonização (PEREIRA ; CHAZAN, 2019) – Cunhou-se o termo “Síndrome do braço quebrado trans” (WPATH, 2012) para se referir ao comportamento de muitos profissionais da saúde de atribuir as mais diversas questões de saúde das pessoas trans ao uso de hormônios⁶⁸.
- 3) É comum por parte dos profissionais de saúde associarem a imagem da travesti à infecção por HIV (PEREIRA; CHAZAN, 2019). Aqui, novamente, embora um estudo em questão (MULLER; KNAUTH, 2008) trate das travestis, podemos extrapolar para a comunidade das mulheres transexuais também. É sabido que a prevalência de HIV em mulheres transgênero pode ser maior do que em mulheres cisgênero (REIS e

⁶⁸ O profissional não veria, na situação que dá nome à síndrome, que a pessoa trans se encontra com o braço quebrado porque atribui todas as queixas ao uso de hormônios.

SANTOS, 2021). Em um levantamento do Ambulatório Anyky Lima sobre a prevalência de HIV nas mulheres trans usuárias do serviço, constatamos uma taxa de 17% (REIS e SANTOS, 2021). Esse dado, no entanto, não pode servir para isentar os profissionais da saúde da delicadeza e cuidado em se abordar tal questão. Pelo contrário: se tal agravo, ainda carregado de estigma, é mais prevalente nessa população já bastante excluída da lógica social, é importante que o profissional tenha cuidado redobrado ao avaliar esse aspecto de forma a não reforçar preconceitos e segregações.

4) Transgêneros têm três vezes mais chances de escolher um “profissional que já atende outros LGBT” (está entre seus três principais motivos de escolha), além de que escolhe muito mais o “profissional com conhecimento específico LGBT” do que cisgênero; o acolhimento em locais onde há mais profissionais LGBTs aparenta ser mais adequado (PEREIRA; CHAZAN, 2019) – esses fragmentos são retirados com base em dois estudos; o primeiro faz referência ao estudo de Whitehead de 2016, e o segundo ao já citado de Dietz (2016). Abre-se um campo para maiores estudos a respeito da relação entre presença de profissionais LGBT com assistência de maior qualidade a pessoas trans.

e) Dificuldade na marcação de consultas

A dificuldade de marcação de consultas especializadas não é algo particular da população trans. A marginalização e o estigma social, no entanto, contribuem para que as repercussões dessa dificuldade seja mais nefasta para essas pessoas. Diante disso, cada um à sua maneira, desenvolve alternativas para driblar essa questão:

Em 2017, eu tentei a consulta, fiquei esperando sair, e essa consulta não saía de forma nenhuma (Caíque).

Porque no posto eu dependia de, por exemplo, dava um mês, dois meses entre uma consulta e outra, e no convênio não, era só marcar (Flávia).

Para você ver, essa consulta eu tava tentando em 2017, que não saía. Só saiu agora em 2019 porque eu recorri a outros meios. Procurei a

ONG e o diretor me encaminhou pra responsável pela secretaria (Caíque).

Aqui, já começamos a avançar para o próximo núcleo temático, pois já aparecem os primeiros indícios de busca de alternativas diante das barreiras encontradas. A questão da dificuldade de marcação nas consultas é algo que vai muito além da objetividade de períodos e prazos: é algo inundado pela subjetividade, pela urgência subjetiva do indivíduo. Isso fica visível em passagens como a de Flávia, que diz que optou por utilizar um convênio porque no SUS “dava um mês, dois meses entre uma consulta e outra, e no convênio não, era só marcar”. Ainda que haja, por parte do sujeito, uma procura ativa por cuidado, em seus muitos movimentos de busca pelos serviços de saúde, ela rejeita as práticas que lhe carecem de sentido, assim como aquelas que não lhe parecem resolutivas (ASSIS, 2014).

Assim, seguimos para o núcleo temático 3: as alternativas.

6.3 ALTERNATIVAS

Neste núcleo, abordo as alternativas aos fluxos formais de cuidado inicialmente procuradas pelos indivíduos no Itinerário Terapêutico. São atitudes e práticas desenvolvidas com base em conselhos de pares, mídias sociais, ideias dos próprios indivíduos, que permitem um cuidado às suas questões em saúde, diante das barreiras colocadas. Aqui, listei os conteúdos que surgiram nas entrevistas, tanto relacionados aos próprios usuários quanto situações que eles presenciaram. Podemos perceber uma gama das mais diversas possibilidades de cuidado: desde a busca por algum benefício na rede suplementar, na forma de convênios ou de “cartões de todos”⁶⁹, passando pelo questionamento aos profissionais de saúde se eles seriam capazes de atender pessoas trans, até os extremos do uso de hormônios sem supervisão médica –

⁶⁹ Cartões de descontos em consultas médicas de clínicas populares.

esse último sendo apenas mais um ponto dentro de todas as possibilidades de busca nos itinerários terapêuticos das pessoas trans⁷⁰.

a) Criação de uma rede “extra-SUS”

... aí eu comecei a ter, através do meu convênio, acesso a outros médicos por fora, que eram, que não era que eram mais fáceis, é que o tempo de tratamento eram menores, né? Porque no posto eu dependia de, por exemplo, dava um mês, dois meses entre uma consulta e outra, e no convênio não, era só marcar (Flávia).

Mas eu busquei ajuda com particular, afinal era um cartão de todos que eu tenho na minha cidade que me deu essa oportunidade de tá aderindo... a consulta era bem barata, por isso que eu fui em busca (Caíque).

Foi mais fácil [na rede privada] por causa da... porque eu podia marcar com menos tempos de... né... de consulta (Flávia).

Eu tenho um cartão da policlínica (Fabiana).

Nesse ponto, entendendo que o cuidado muitas vezes passa por urgências que são subjetivas, percebemos que a busca por uma alternativa ao Sistema Único de Saúde, em termos de assistência, esteve presente.

Flávia precisava de atendimentos que fossem “só marcar”. Para quem esperou tanto tempo em sua vida para iniciar a transição, a menor passagem do tempo significava muito. Assim, passou a procurar profissionais, no seu convênio, que a atendessem em suas demandas. Passou, nesse contexto, por muitas experiências ruins, até conseguir montar uma equipe possível, como sinaliza em três passagens, se referindo a experiências com profissionais médicos e psicólogas que teve no convênio, e depois em uma quarta passagem, mostrando que conseguiu, por meios próprios, montar uma equipe que a satisfizesse:

Peguei uma outra [psicóloga] no centro através do convênio, que também não entendia muita coisa (Flávia).

⁷⁰ Ressalva importante para que tal pesquisa não se torne mais um instrumento reprodutor de uma **história única** a respeito das identidades trans.

Falei “bom, agora eu tenho que pegar uma outra que vai me dar mais suporte, né, não tem jeito” (Flávia).

Então, esse médico, ele não tinha preparação nenhuma pra isso. E o outro também não (Flávia).

Com o processo de acompanhamento médico, até antes mesmo daqui do Eduardo de Menezes, eu já me preocupava muito em saber que hormônio que eu tava tomando, eu olhava muito bula pra saber que efeito que me fazia, se podia dar certo, as experiências e pegava, conversava com pessoas também experientes nessa área, né? Com a minha endócrina, com a terapia, com o outras psicólogas, eu tinha uma psicóloga que era por email, né, online, que era a... eu esqueço o nome dela, que era de São Paulo, então eu mandava muitas questões pra ela online, ela me respondia e tudo, então eu tinha essa ajuda também. Então por isso eu nunca caí nessa coisa de tomar o hormônio que ia me fazer mal, ou tomar, ah, uma perlutan toda semana, que eu já sabia que isso faria mal, né? Então eu sempre tive esse cuidado... e hoje a minha saúde com acompanhamento, eu tô cercada de pessoas boas (Flávia).

Flávia investiu mesmo na possibilidade de atendimento psicológico a distância com uma especialista, na sua busca por alternativas. Caí que viu na acessibilidade, em termos de custo de um “cartão de todos” – um cartão que fideliza os pacientes com consultas de valor abaixo do esperado. Fabiana sempre utilizou o Sistema Único de Saúde – mas sinaliza, em diversos momentos, o fato de ter sua vida nesses serviços facilitada por trabalhar pela Prefeitura. Em um ponto de sua narrativa, ela até chega a citar que tem um “cartão da policlínica”, mas em toda a sua construção do Itinerário, só cita serviços do SUS. E reforça sempre sobre como o trabalho na área da saúde abriu portas nesse contexto.

Então eu não vou no posto, eu já fico lá mesmo, eu trabalho lá direto, então qualquer coisa, já vou na médica, né? Já marco a ficha lá e já me consulta lá. Quando preciso dum exame, ela já passa pra mim, entendeu? (Fabiana).

Todos médico lá me trata muito bem, tem muito carinho comigo, tudo que eu peço eles faz pra mim, entendeu? (Fabiana).

Todo mundo já me conhece lá. Eu trabalhei na UPA... então todo mundo já me conhece. Então eu vou na UPA assim... um final de semana que os postos tá fechado... só funciona UPA. Se eu passar mal, tiver uma dor forte, o que for, aí eu vou pra UPA. Aí é tranquilo (Fabiana).

b) Desestabilização dos fluxos pré-estabelecidos

Ao mesmo tempo que houve uma construção de uma nova rede para além dos fluxos do SUS, houve uma desestabilização dos fluxos já existentes no referido sistema. As pessoas trans entrevistadas, com seus corpos e suas demandas, apontavam com objetividade os furos da rede e cobravam seus direitos, numa maneira de agir que Caíque, em sua narrativa, chama de “ousadia de correr atrás”:

Aí eu procurei um... como chama... uma ONG na minha cidade, o diretor dessa ONG pediu pra mim ir na secretaria de saúde e procurar uma pessoa lá em nome dele e que essa pessoa iria me ajudar. De fato ela me ajudou, ela conseguiu fazer com que minha consulta saísse, mas quando minha consulta saiu, que eu fui em busca do atendimento, a especialista disse que ela não tem esse suporte na cidade (Caíque).

Uai, Lin, cê vai consultar com dona Sílvia? Tá estranho, não?” Falei: “Não! Toda vida ela foi minha médica! Dona Sílvia é minha médica, por quê? Ces são contra, é?” “Não, é porque é estranho. Dona Sílvia é mulher de parto”. Faz exame ne mulher, né, deita a mulher lá, abre a perna dela lá, faz exame nela lá, e tal... falei: “Não tem nada a ver. Dona Sílvia é minha médica. E marca pra ela aí”. Aí, marcaram pra ela lá (Fabiana).

Só que eu tive a ousadia de correr atrás, a secretaria de saúde não teve esse poder, sabe? De comunicação com o Estado, aqui. Eu consegui o número do médico, mandei um zap e expus a minha história, foi dessa forma. Aí com o encaminhamento que ela me deu, eu mandei a foto pra ele, e na descrição da foto eu mandei a minha história. E a dificuldade que eu tava passando na minha cidade. Aí consegui marcar aqui, que ele mesmo marcou pra mim (Caíque).

Santos e Almeida (2019) explicam que, ao criarem tensões em torno do poder de controlar corpos e vidas daqueles que desafiam as normas comportamentais/morais vigentes, os diferentes sujeitos envolvidos conseguiram avanços, que são superficialmente abordados pelas resoluções e Portarias, tanto do CFM quanto do Ministério da Saúde, numa tentativa de síntese. A forma de intervenção em políticas públicas para populações LGBTs

sempre teve o protagonismo das ONG's no Brasil, o que denota a intensa fragilidade que essas ações portam, sobretudo em períodos de acirramento do conservadorismo e declínio do Estado laico (SANTOS; ALMEIDA, 2019).

Isto mostra como os direitos das pessoas trans, em nosso sistema, sempre vêm através de pequenos avanços e retrocessos, com pouca estabilidade, por meio de lutas, o que Berenice Bento (2014) chamou de cidadania a conta gotas; uma cidadania fragmentada, aos pedaços, pois “assim se garante que os excluídos sejam incluídos para continuarem a ser excluídos” (BENTO, 2014).

c) O Aviso: a comunicação de que se trata de uma pessoa trans para ver a possibilidade de atendimento

A pessoa que ativou esse cartão de descontos pra mim entrou em contato com ele [endocrinologista da rede privada] e expôs o meu caso. Falou pra ele a história, detalhou pra ele o que era de fato, porque eu queria a consulta com ele e ele pegou e deu um ok, sim.. (Caíque).

A partir daí eu comecei a procurar psicólogas e a primeira pergunta que eu fazia pra ela, pra secretária, qualquer pessoa que me atendesse: ela tem conhecimento de pessoas trans? De transexuais? Não? Então eu não pegava (Flávia).

Eu fui, conversei com ela [psicóloga], perguntei pra ela, ela disse: “não, eu já tratei de trans, então pode vir”. Quando eu cheguei lá, a minha, pela primeira vez depois de duas, três que eu tinha passado, eu comecei a ficar mais tranquila, porque ela entendia o que eu tava precisando (Flávia).

Aqui, a matriz de inteligibilidade de gênero de Judith Butler fica muito evidente. Em quantas situações, pessoas cisgêneras precisam avisar antes para os profissionais com os quais vão se consultar que são pessoas cis? A cisheteronormatividade define determinados corpos como humanizados e outros corpos como abjetos: que não gozam o *status* de sujeito (COLLING *et. al.*, 2019). Vem daí a necessidade que essas pessoas apresentam de “avisar” sobre sua identidade de gênero e sua demanda antes mesmo do atendimento. Prado (2018) nos mostra que “esses corpos estão sempre em dívida com uma suposta verdade do gênero, mesmo que não exista nada verdadeiro e absoluto no que

diz respeito às posições de gênero e sexualidades”, o que está intimamente relacionado com a autorização do “não-saber”. Caberá ao profissional informado sobre a situação decidir se poderá ou não auxiliar aquele indivíduo.

d) Utilização de hormônios sem acompanhamento profissional

Na prática, na verdade, eu tinha começado com Dura [Durateston] por conta própria no mercado negro [sic], e nisso eu já tava meio com o pé atrás de ser falsificado (Caíque).

Pegava dinheiro, como eu era de menor, as de maior ia lá e comprava [hormônios femininos], e eu tomava (Fabiana).

Aí de vez em quando a gente vê alguém colocando lá [na internet] que “Ah, toma o Diane⁷¹ que é bom, toma o outro que é bom”, não sei o quê, e tal, sem nenhuma... sem nenhum... procedimento técnico pra por aquilo ali (Flávia).

Que você tomar uma perlutan⁷² – ela já não é boa, né? – e você tomar uma perlutan de... toda semana, de 7 em 7 dias, isso é pedir pra ter uma trombose, pedir pra morrer, né? Então, assim, muitas que estão começando hoje não sabem disso (Flávia).

Ó, eu vejo relatos que teve alguns que foram parar no hospital. É por questão de fígado né, infecção, essas coisas, não sei se é por causa do uso do hormônio, mas deve ser, porque não tem algum acompanhamento, né? (Caíque).

Citando Prado (2018):

Como as pessoas não conseguem reconhecimento em seus direitos, acesso aos cuidados, acesso a instrumentos de modificação corporal e outros pelas lógicas institucionais públicas, elas são convidadas a participar dos inúmeros mercados clandestinos. Além disso, a própria burocratização, judicialização e patologização das instituições oficiais exige a existência do mercado clandestino (PRADO, 2018, p. 56).

⁷¹ Diane aqui é uma referência ao medicamento Diane 35, um medicamento utilizado por mulheres cisgêneros tradicionalmente como contraceptivo oral, que contém em sua composição o acetato de ciproterona (progestógeno com propriedades antiandrogênicas) e o etinilestradiol (estrogênio). Pode ser visto sendo utilizado por mulheres trans e travestis para reforçar caracteres sexuais femininos no corpo

⁷² Perlutan também é um anticoncepcional utilizado por mulheres cisgêneras, que pode ser visto sendo utilizado por mulheres trans e travestis também para reforçar caracteres sexuais femininos. A apresentação desse medicamento é injetável mensal, e são comuns relatos de mulheres trans que fazem uso mais de uma vez por mês.

Para esse autor, a clandestinidade é produzida por uma institucionalidade exclusivista. No referido levantamento do perfil sócio-demográfico dos usuários e usuárias do ambulatório Anyky Lima, em 2020, um dos quesitos avaliados foi o uso de hormônios sem prescrição médica ao longo da vida. Foram atendidas no Ambulatório, de 30 de novembro de 2017 a 19 de março de 2020, um total de 506 pessoas, sendo 264 homens transexuais (52%), 212 mulheres transexuais (42%), 12 travestis (2%); outras identidades de gênero que respondem por mais de 1% são: não-binários transexuais masculinos (1%) e não-binários transexuais femininos (1%). Dessas pessoas, vimos que 58% dos homens trans que chegaram ao ambulatório, no primeiro atendimento, nunca tinham feito uso de hormônios masculinos para a transição; 29% relataram já terem realizado automedicação; 13% fizeram hormonização assistida com profissional médico.

No caso das mulheres trans, 55% chegaram ao ambulatório já tendo realizado uso de hormônios femininos por conta própria em algum momento da vida; 41% nunca tinham feito uso e 4% fizeram uso com supervisão de profissional médico. Esses dados, expostos de maneira descritiva, servem para ilustrar a situação encontrada nas narrativas. Comparações com outros serviços que tenham semelhanças culturais, outros serviços brasileiros, ainda são difíceis pela escassez de dados. Podemos citar, como possíveis opções de estudos, a pesquisa PULSE, do Canadá, de 2013, que recrutou um total de 433 pessoas trans do estado de Ontário de 2009 a 2010 por meio de amostragem, e, entre as perguntas feitas, avaliaram o uso não assistido de hormônios. Encontraram o dado de que 43,0% de trans ontarianos estavam usando hormônios: um quarto já havia obtido hormônios de fontes não médicas (por exemplo, amigo ou parente, rua ou estranhos, farmácia na Internet, ervas ou suplementos). Quatorze participantes (6,4%), relataram atualmente tomar hormônios não prescritos. Porém, qualquer comparação fica limitada pela diferença de período (sabemos que, nos últimos sete anos, os temas relacionados às identidades trans têm tido mais representatividade na mídia, provocando mudanças discursivas e conseqüente mudança na procura por uso de hormônios), e pela diferença de cultura entre os dois países.

No referido inquérito do NUH, o Relatório descritivo do Projeto Transexualidades e saúde pública no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda

por políticas públicas para homens trans, quanto aos meios de aplicação da testosterona, de 12 pessoas, seis (50%) declararam se auto aplicar testosterona e nunca terem tido problemas com isso; três (25%) declararam receber a aplicação na farmácia; duas (16,67%) declararam receber aplicação no posto de saúde ou no processo transexualizador no SUS; uma (8,33%) declarou se auto aplicar testosterona, mas já ter tido problemas decorrentes disso (hemorragia, insensibilidade no braço ou perna, muita dor, muito inchaço, *etc.*). Quanto à forma com que ficaram sabendo sobre os hormônios, de 13 pessoas, nove (69,23%) declararam ter tido conhecimento sobre o uso de hormônios por meio da internet; duas (15,38%) por intermédio de colegas; uma (7,69%) por meio do serviço de saúde particular; uma (7,69%) por meio do serviço de saúde pública.

Na minha pesquisa, Fabiana e Caíque sinalizaram o uso de hormônios sem prescrição médica ao longo da vida, enquanto Flávia negou esse uso. O apoio hormonal é uma possibilidade colocada no leque de opções de cuidados à saúde de pessoas trans. A questão é que essa modalidade de cuidado seja assumida em diferentes níveis pelos profissionais da saúde que lidam com o cuidado dessas pessoas. Para Paulino (2019), é necessário ampliar a discussão e o entendimento das necessidades específicas dessa população, a partir do contexto da determinação social do processo saúde-adoecimento-cuidado. De toda forma, percebemos aqui que o uso de hormônios sem prescrição é uma das alternativas que as pessoas trans encontram em seu itinerário.

Flávia Teixeira (2009) nos mostra, seguindo o pensamento de Judith Butler, que a existência social depende da experiência do reconhecimento: a existência humana é inviável sem inteligibilidade social. Aqui, vemos como urge a “construção do corpo”, no sentido literal, com o recurso da utilização dos hormônios, para que o indivíduo possa ter um corpo inteligível, aceito dentro da sociedade binária e normativa. O discurso é um definidor do gênero e da sexualidade, e, em continuidade, é um definidor dos sujeitos (LOURO, 2018)

Ainda dentro da temática da hormonização, Caíque aborda outro ponto importante, a ausência de hormônios para pessoas trans no SUS:

É, porque o que acontece, a testosterona, os hormônios que nós homens trans usamos, é hormônios que são usados em homens cis para tratamento, entendeu? Então de uma certa forma deve ter sim no SUS, né? (Caíque).

Braz (2019) aponta que, depois da Lei de Identidade de Gênero na Argentina, os hormônios utilizados por pessoas trans passaram a ser disponibilizados gratuitamente, facilitando assim o acesso. No Brasil, como as normatizações se restringem à assistência relacionada à cirurgia de redesignação sexual (AMARAL, 2011), pouca coisa foi construída para além disso.

e) A procura de um serviço especializado

Na pesquisa, procurei traçar os itinerários terapêuticos das pessoas trans em suas buscas de cuidados até chegarem a um serviço especializado. Não era um objetivo ver como seria a dinâmica dentro do Ambulatório Trans a princípio, principalmente, porque eu já tinha em mente que seriam fartas, em termos de conteúdo, as trajetórias das pessoas entrevistadas. Dessa forma, as entrevistas semiestruturadas se encerravam na chegada da pessoa no Anyky Lima; era o ponto final. Por ser um profissional da instituição, temi que as pessoas não ficassem confortáveis para relatar com objetividade nossas falhas, o que de fato ocorreu, quando fiz uma pergunta mais direcionada sobre como se sentiam no Ambulatório Trans:

Maravilhosa! Eu adorei aqui! (Fabiana).

Hoje que foi o primeiro dia, eu amei (Caíque).

Nesse momento, faço uma provocação a respeito do tempo que tinha esperado para ser atendido: Eu: “E a demora?”

A demora foi mais ou menos né? [Risos] Mas foi porque eu acho que é a minha primeira consulta, eu tive que fazer prontuário, essas coisas, foi por isso que demorou. [A consulta] Foi excelente” (Caíque)

Tais respostas confirmaram minha ideia inicial de que ser um profissional do ambulatório poderia limitar um pouco a coleta dos dados, quando se tratasse do Ambulatório, pois sabemos que a pesquisa é algo dinâmico. Mesmo assim, cito a chegada em um serviço especializado como uma das formas de cuidado “alternativas” que as pessoas trans encontram, pois, como já visto quando me referi às barreiras, os serviços especializados não se fariam necessários, se a matriz de inteligibilidade de gênero não atravessasse de forma tão contundente os cuidados à saúde de pessoas trans. Dentro do cuidado possível em um aparelho especializado, um “cuidado afetado” (TEIXEIRA, 2018), Prado (2018) sinaliza:

Impor a tarefa de despatologizar experiências da vida que estão sendo patologizadas há séculos é uma tarefa bastante árdua, mas ter esse norte no contexto de um hospital onde tudo é diagnosticado, classificado, descrito e tratado, já se torna uma tarefa muito mais complexa, repleta de desafios novos, circunscrita em uma luta cotidiana contra nós mesmos, digo nós, os profissionais que sobrevivem em suas inteligibilidades pelos diagnósticos e códigos, pelos processos classificatórios e terapêuticos (PRADO, 2018, p.20)

A percepção da própria saúde

Como um último tópico das análises, observo as percepções de saúde geral das pessoas que contribuíram para a construção desse trabalho. Mesmo diante de tantas dificuldades, as três pessoas entrevistadas foram unânimes em relatar que consideram sua saúde boa. A pergunta disparadora nesse ponto foi: “Como você considera sua saúde para além das questões relacionadas à transição?”. Observo que mesmo diante de tal enunciado, todas as pessoas fizeram um paralelo com a utilização dos hormônios voltados à transição.

Ah, tá bem, me sinto bem (...) E não tomo remédio de pressão, nunca tomei. Só tomo hormônio (Fabiana).

Eu acho que ela [a saúde] tá bem, ela tá boa (...) Não tenho mais a força que eu tinha antes porque claro, os hormônios vão te dando aquela força física de mulher mesmo, que ela é mais, como que diz, você mais pensa do que tem que fazer força demais, então você vai aprendendo essas questões também, né, tem isso (Flávia).

Eu quase nunca adoço (...) Eu evito de tomar remédio ao máximo. Porque eu tenho uma neurose na minha cabeça que eu acho que o remédio vai cortar o efeito da... do hormônio! (Muitos risos) Aí eu evito de tomar (Caíque).

Fabiana sinalizou durante esse momento que, diante da sua posição privilegiada de trabalhar em um serviço de saúde, faz avaliações clínicas periódicas; monitora sua pressão arterial e ela é sempre normal; reforça que só faz uso dos hormônios femininos. Flávia aponta para a questão da sua sequela motora como um limitante físico, mas, no geral, diz que sua saúde “tá boa”; faz um adendo de que os hormônios femininos mudaram seu padrão de força física, dando “aquela força física de mulher mesmo”. Caíque nos mostra a sua construção de que evita tomar outras medicações que não os hormônios, com medo de que os mesmos percam seu efeito.

E, assim, esses sujeitos seguem suas vidas, questionando as normas, subvertendo as expectativas e construindo, a cada dia, novas maneiras de habitar o mundo...

Após trabalhar os dados da minha pesquisa, pude perceber limitações com relação à análise dos Itinerários Terapêuticos, em dois pontos principais mais relevantes, a saber:

- 1) Em muitos momentos da pesquisa, as Trajetórias Assistenciais foram acessadas de maneira mais marcante que os Itinerários Terapêuticos: as narrativas delinearão muito os percursos na rede de serviços formais de saúde, tanto públicos quanto privados. Isso aponta para o desafio que é ser um membro da equipe e ao mesmo tempo realizar as entrevistas. O fato de as entrevistas serem realizadas por um profissional médico, no espaço do consultório, inevitavelmente acabou por direcionar as narrativas de forma que se concentrasse nas trajetórias pelos aparelhos

de saúde. Pouco se falou sobre outras formas de cuidado, mesmo quando as pessoas foram provocadas a isso por perguntas específicas do roteiro semiestruturado. Penso que como alternativa para pesquisas futuras, faz-se necessário romper com os espaços físicos e com o lugar simbólico que represento, a fim de acessar de fato os itinerários no que há de mais individual. Obviamente, mais do que romper com esse lugar para os indivíduos pesquisados, é importante transgredir esse espaço para mim mesmo no contexto de pesquisa.

- 2) Durante grande parte das narrativas, houve a presença do que Demétrio (2019) sinaliza como concepção negativa de saúde, focada em “problemas com relação à saúde”. Pouco se conversou sobre promoção de saúde, e acredito que isso esteja relacionado com os direcionamentos da entrevista semiestruturada, além dos motivos sinalizados no item anterior. Uma entrevista conduzida fora do contexto hospitalar poderia suscitar outras visões a respeito do conceito de saúde?

Trago tais pontos porque acredito que os resultados da pesquisa também são construídos por meio da análise crítica dos desafios da prática, e não apenas do que se objetiva analisar. Dessa forma, acredito ser imprescindível, para avaliações futuras, que haja uma preocupação e esforço ativos em sair do lugar de médico, de psiquiatra, para fazer uma construção efetiva e afetiva dos Itinerários Terapêuticos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta pesquisa, percebo o quanto o campo se revelou de uma vastidão até então inimaginável por mim: do momento em que ingressei como psiquiatra do Ambulatório Trans Anyky Lima até os dias de hoje. Se, desde o início, houve a busca pela formação, e se o objetivo inicial era o entendimento das trajetórias das pessoas às quais eu prestava assistência, os resultados foram muito além disso. Louro (2018) aponta que o desejo pela ignorância também é algo performativo, uma vez que produz a recusa (ou o não-desejo) a admitir a própria implicação no que está sendo examinado ou estudado. A partir de toda a imersão no processo da pesquisa, agora penso na ignorância performativa que circula socialmente quando vejo a autorização do “não-saber” presente nas práticas e discursos dos profissionais do cuidado, ou mesmo a recusa deliberada, ou ainda as distorções do conhecimento que surgem com movimentos conservadores de tentativa de manutenção do discurso binário⁷³ vigente. O meu sentimento é de satisfação por ter escolhido romper com a ignorância e construir, assim, meu itinerário formativo.

A repercussão de tudo isso no processo de trabalho é nítida: o *modus operandi* já não é mais o mesmo. Prado (2018) aponta que, no ambiente institucional de um ambulatório, onde o cuidado normalmente está aliado a lógicas diagnósticas e classificatórias, abrir uma fenda em tal nó histórico é um ato político, e requer ações, pessoas, relações e práticas cuidadosas. Despatologizar experiências da vida, assim, é garantir um acesso à saúde justo. Caso não haja esse cuidado, ocorre o que Rocon (2019) e Borba (2014) nos mostram: instituições que seriam voltadas para o cuidado reiterando discursos de forma exaustiva, negando desejos, reeducando comportamentos e treinando performances de gênero, num constante jogo normativo. Dentro de um serviço em que se corre o risco de ser mais uma instituição normativa na vida de pessoas trans, assumir uma perspectiva *queer* torna o trabalho libertador e possível. Louro (2018) atenta para a importância de uma prática *queer* para além da sexualidade: ser *queer* anteriormente era um termo guarda-chuva utilizado para

⁷³ Aqui me refiro a teorias de forte caráter conservador que buscam a manutenção do discurso binário vigente, como observam Miskolci e Campana (2017), em sua genealogia do termo “Ideologia de gênero”.

abarcando todas as pessoas excluídas das posições dominantes de gênero e desejo, hoje é muito mais que isso – trata-se de um modo de ruptura discursiva. Quanto ao Ambulatório Trans, se antes já havia o cuidado de se funcionar em uma lógica despatologizadora, acredito que eu hoje, como profissional, estou sensivelmente mais instrumentalizado para isso.

Quando falo sobre o risco de o espaço especializado ser mais uma instituição normativa, trago a ideia de Flávia Teixeira (2009) de que as concepções cristalizadas de gênero informam aos representantes dos saberes médico e jurídico um modelo/roteiro do que deve ser a pessoa trans, de forma essencializada. Assim, mesmo em serviços que se pretendem cuidar de pessoas de pessoas trans, corremos o risco, todo o tempo, de criarmos um *script*, um enquadramento a ser seguido, partindo de normas de gênero fixas e rígidas. Sabemos que o sujeito é o resultado das forças culturais que o levam a se comportar mais próximo ou mais distante das normas que a linguagem faz aparecer (COLLING *et. al.*, 2019). Nessa lógica, o desenho de modelos assistenciais centrados no usuário e em seu território coloca à gestão em saúde o desafio de conhecer mais profundamente as características e os determinantes da busca de cuidado (ASSIS, 2014), permitindo repensar as políticas públicas.

Em busca dos Itinerários Terapêuticos de usuárias e usuários do Ambulatório Trans Anyky Lima, suscitei narrativas que permitiram observar várias barreiras ao acesso aos aparelhos formais de cuidado: autorização do “não-saber”, burocratização de fluxos ou criação de fluxos acessórios e mais difíceis, preconceito, má qualidade da assistência e dificuldade na marcação de consultas. Encontrei também algumas alternativas construídas pelos indivíduos: a criação de uma rede própria, a desestabilização dos fluxos pré-estabelecidos, a utilização de hormônios sem acompanhamento profissional, a procura de um serviço especializado. Foi possível observar que, diante de tantas barreiras, muitas pessoas trans evitam tratamento nos serviços tradicionais de saúde, mesmo nas situações de emergência (PAULINO, 2019). Rocon (2019) nos mostra que entre as pessoas LGBTs, a população trans possui maior dificuldade em acessar o sistema público de saúde. Como vimos, a construção de alternativas ao fluxo normalizado e normatizado é uma regra na vida dessas pessoas. Por isso, aqui, podemos dizer que há uma produção do cuidado, em

vez de um simples acesso: a construção subjetiva do cuidado é tecida de forma bastante particular.

O amadurecimento de políticas públicas é urgente:

- Os serviços especializados no atendimento de pessoas trans devem funcionar como um extensão de apoio matricial para instrumentalizar a Atenção Primária, bem como para possibilitarem a construção dos casos na lógica territorial, em vez de reforçarem o caráter segregador que um serviço especializado pode carregar. Partindo dos princípios da integralidade e equidade, é importante que haja uma modalidade de serviço que atenda uma demanda específica de uma parcela específica da população, mas entendendo que estes serviços não podem funcionar como ilhas de atendimento, mas sim como disseminadores de um conhecimento específico para outros pontos da rede.

- À Atenção Primária, por sua vez, cabe um maior movimento de educação permanente também voltada à saúde da comunidade LGBT;

- Os demais serviços da rede de atenção, como unidades de pronto atendimento, hospitais secundários, centro de referência em saúde mental, entre outros, devem se familiarizar com as demandas de pessoas trans, otimizando fluxos para que o acesso se torne mais possível.

Quando elencamos todas essas barreiras, torna-se mais perceptível o quanto a violência institucional está inscrita de forma contundente nos aparelhos tradicionais de saúde, no que se refere às pessoas que escapam das rígidas normas de se vivenciar sexo, gênero e desejo. Há uma série de técnicas instaladas, que reforçam um pacto de cisgeneridade e heterossexualidade compulsórias. O que não significa que, quando esses sujeitos buscam meios informais de cuidado, os mesmos estão mais protegidos da violência, uma vez que outras formas dela surgem, reforçando o caráter perverso do discurso vigente.

Podemos observar, ainda, que os Itinerários Terapêuticos, aqui, se misturavam a todo tempo com as histórias de vida dos sujeitos, sendo muitas vezes impossível delimitar os limites precisos de cada um. Isso reforça o fato de que estamos todos na busca da construção de corpos inteligíveis para viabilizar

a nossa existência, e que isso, no caso das pessoas trans, passa por uma tentativa de reconhecimento dentro de um discurso no qual a marca do rechaço está fortemente presente. Teixeira (2009) sinaliza que quando a história de vida é separada da identidade de gênero, o caráter patológico surge numa dimensão hiperbólica. A pesquisadora faz tal constatação diante da postura biomédica ainda existente de elencar uma possível “história da identidade de gênero”, dissociando a questão trans da experiência de vida do sujeito, que permite colocar a identidade de gênero como algo aberrante.

Nesse prisma, Louro (2018), a partir de Butler, aponta que, na lógica binária, há um polo desvalorizado, um grupo designado como “minoritário”, nomeado como desviante, diferente: a cisheteronormatividade possibilita a existência de determinados corpos como humanizados e outros corpos como abjetos. Com todos os percalços e entraves, o que se pode perceber é que, ainda assim, há um movimento de busca de reconhecimento dentro do discurso. Quando ocorrem desestabilizações dos fluxos, procura por serviços especializados, procura por meios informais de cuidado, o que as pessoas trans estão sinalizando é que há uma tentativa de uma inserção possível, pois, sem reconhecimento social, a existência se torna inviável. Nesse contexto, a transformação do corpo pode se constituir em determinante social à saúde da população trans (ROCON *et. al.*, 2019), e quebrar essa lógica é fundamental.

Assim, a expansão dos cuidados à saúde de pessoas trans exige um profundo processo reflexivo por parte de seus atores. No caso desta pesquisa, é marcante a repercussão de tudo isso no processo de trabalho dentro de um serviço especializado, bem como na prática clínica, para além dos muros institucionais, e, mais ainda, no cotidiano como um cidadão. Dessa forma, espero que possamos todos os dias, com as nossas existências, romper com o pacto discursivo de cisheteronormatividade vigente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Caio Fernando. **Morangos Mofados**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

ADICHIE, Chimamanda Ngozi. **O perigo de uma história única**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019

ALVES, Paulo César. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO, Roseni; RUIZ, Eliziane Nocolodi Francescato; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva (organizadores). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016, p. 125–146.

AMARAL, D. M. **Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil**. 2011 Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

AMARAL, Márcia Franz. Lugares de fala: um conceito para abordar o segmento popular da grande imprensa. **Contracampo**, São Paulo, n.12, p. 103-114, 2005. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/contracampo/article/view/17388>. Acesso em: 9 ago. 2020.

American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5** / tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

ANDÍA, B. Fundamentación de la campaña contra la patologización de la identidad de género: Alto a la Patologización Trans 2012. Boletín T-informa II, nº 21, 2009

ARAN, M; Zaidhaft, S; Murta, D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. **Psicologia & Sociedade**, Recife, n. 20, v. 1, p. 70-79, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822008000100008&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 9 ago. 2020.

ASSIS, A. D. **“Viver livremente” : trajetos e passagens de uma fuga do cuidado**. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 201 f. 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. São Paulo: Edições 70, 2011

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: fatos e mitos**. Tradução Sérgio Milliet – 3ª ed. – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BELLATO, Rosene, *et. al.* História de vida como abordagem privilegiada para compor itinerários terapêuticos. *In:* GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO, Roseni; RUIZ, Eliziane Nocolodi Francescato; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva (organizadores). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016, p. 203–221.

BENEVIDES, Bruna G; NOGUEIRA, Sayonara Naider Bonfim (orgs). **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019**. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2020. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2020/01/dossic3aa-dos-assassinatos-e-da-violc3aancia-contra-pessoas-trans-em-2019.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2020.

BENJAMIN, W. O narrador. *In:* BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política**. Ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 2000. p. 197-221.

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

BENTO, B. A. M. **O que é transexualidade**. São Paulo: Editora e livraria brasiliense. 1ª edição e-book. 2017

BENTO, B. A. M. **Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal**. Contemporânea, v. 4, n. 1 p. 165-182. Jan.–Jun. 2014

BORBA, Rodrigo. **(Des) aprendendo a "ser": trajetórias de socialização e performances narrativas no Processo Transexualizador**. 2014. 206 f. il. col. Tese (Doutorado em Linguística aplicada) – Faculdade de Letras, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/pct/premios/225086.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2020.

BORBA, Rodrigo. A linguagem importa? Sobre performance, performatividade e peregrinações conceituais. **Cadernos pagu**, Campus, n. 43, p. 441-474, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-83332014000200441&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 9 ago. 2020.

BRASIL. [Lei (1990)]. **Lei nº 8,080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 9 ago. 2020.

BRASIL. [Portaria (2013)]. Portaria nº 2.083 de 19 de novembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 9 ago. 2020.

BRASIL. [Princípios (2020)]. Princípios do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em: 9 ago. 2020.

BRAZ, C. Vidas que esperam? Itinerários do acesso a serviços de saúde para homens trans no Brasil e na Argentina. **Cad. Saúde Pública** 2019; 35(4):e00110518

BUTLER, J. **Problemas de gênero** - feminismo e subversão de identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, J. **Undoing gender**. Routledge, New York, London, 2004

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 183-195, 2013. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjti6mtrl_rAhVwJrkGHaZqCosQFjAAegQIBRAB&url=https%3A%2F%2Fwww.sbhc.org.br%2Farquivo%2Fdownload%3FID_ARQUIVO%3D1109&usg=AOvVaw0Td3xuLGULSKuIUkcbQ7Z2. Acesso em: 9 ago. 2020.

CANGUILHEM, Georges: **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARDOSO, M.R; FERRO, L.F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. 3, p.552-563, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000300003. Acesso em: 9 ago. 2020.

CECCARELLI, P. R. Transexualidades e mudanças discursivas. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 47, p. 83–90, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372017000100007. Acesso em: 9 ago. 2020.

CECCARELLI, P. R. **Transexualidades**. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2017.

CLIPING CACD. Entrevista com Guimarães Rosa. **Clipping CACD**, 2017. Disponível em: <https://blog.clippingcacd.com.br/cacd/entrevista-com-guimaraes-rosa/>. Acesso em: 9 ago. 2020.

COLLING, L., ARRUDA M. S., NONATO, M. N. Perfechatividades de gênero: a contribuição das fechativas e afeminadas à teoria da performatividade de gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 57, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332019000300501&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 9 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1955 de 3 de setembro de 2010. Brasília: CFM, 2010. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=9520&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1955&situacao=VIGENTE&data=12-08-2010&vide=sim>. Acesso em: 9 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.265 de 20 de setembro de 2019. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>. Acesso em: 9 ago. 2020.

DEMÉTRIO, F., SANTANA, E. R., PEREIRA-SANTOS, M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 7, p. 204-221, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042019001200204&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 9 ago. 2020.

DIETZ, E; HALEM, J. How should physicians refer when referral options are limited for transgender patients? **AMA Journal of Ethics**, Chicago, v. 18, n. 11, p.1070-8, 2016. Disponível em: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/how-should-physicians-refer-when-referral-options-are-limited-transgender-patients/2016-11>. Acesso em: 9 ago. 2020.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 5ª ed. Campinas: Editora Autores Associados, 2018

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 7ª. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018

FUNDAÇÃO Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Complexo de especialidades: Hospital Eduardo de Menezes. Belo Horizonte: Fhemig, 2019. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento/complexo-de-especialidades/hospital-eduardo-de-menezes>. Acesso em: 23 out. 2019.

GERHARDT, Tatiana Engel. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO, Roseni; RUIZ, Eliziane Nocolodi Francescato; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva (organizadores). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016, p. 27–97.

HARAWAY, Donna; KUNZRU, Hari. **Antropologia do ciborgue** : as vertigens do pós-humano / organização e tradução Tomaz Tadeu – 2. ed. – Belo Horizonte : Autêntica Editora, 2009.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2009.

JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva, *et. al.* Práticas avaliativas centradas no usuário e suas aproximações com os estudos de itinerários terapêuticos. *In:* GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO, Roseni; RUIZ, Eliziane Nocolodi Francescato; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva (organizadores). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016, p. 99 – 124.

LEITE, Jr., J. **Nossos corpos também mudam: sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico**. 2008. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/3992>. Acesso em: 9 ago. 2020.

LOURO, Guacira. Lopes. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. Belo Horizonte: Autêntica; 2018.

MACEDO, L. F. Notas sobre identidade de gênero e sexuação. **Opção Lacaniana**, São Paulo, n. 19, 2016. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_19/Notas_sobre_identidade_de_genero_e_sexuacao.pdf. Acesso em: 9 ago. 2020.

MACHADO, M.N.M. **Entrevista de pesquisa: a interação pesquisador/pesquisado**. Belo Horizonte: C/Arte, 2002.

MATOS, A. *et. al.* Análise da resolução 2265 de 20 de setembro de 2019: resolução produzida pelo Conselho Federal de Medicina – 2020. Belo Horizonte: NuH UFMG, 2020. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/nuh/2020/01/24/analise-da-resolucao-cfm-2265-de-20-de-setembro-de-2019/#:~:text=Um%20grupo%20de%20pesquisadoras%20e,cuidado%20m%C3%A9dico%20de%20pessoas%20trans>. Acesso em: 9 ago. 2020.

MINAYO, M. C. S. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias**. Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017

MINISTÉRIO da Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para a Prática em Serviço. **Cadernos de atenção básica**, Brasília, n. 8, p. 28, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 9 ago. 2020.

MISKOLCI, R., CAMPANA, M. “Ideologia de gênero”: notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. **Revista Sociedade e Estado** – Volume 32, Número 3, Setembro/Dezembro 2017. P. 727 - 747

MISSÉ, M. Argumentos para la descatalogización del transtorno de identidad de género. Situación médico-legal y movimiento trans en el Estado Español. Boletín T-informa del Secretariado Trans de la ILGA, 1 (10). http://trans_esp.ilga.org acesso em 10/07/2020

MISSÉ. M.; COLL-PLANAS, G. (Org.). **El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad**. Barcelona: Egales, 2012.

MOREIRA, Daiana de Jesus, *et. al.* Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. *In:* GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO, Roseni; RUIZ, Eliziane Nocolodi Francescato; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva (organizadores). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016, p. 223 – 236.

MULLER, MI; KNAUTH, DR. **Desigualdades no SUS: o caso de atendimento às travestis é 'babado'!** Caderno EBAPE.BR., Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 1-14, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512008000200002. Acesso em: 9 ago. 2020.

NERY, J.W. **Viagem Solitária: memórias de um transexual 30 anos depois**. São Paulo: LeYa Brasil, 2011.

NEWMAN-VALENTINE, D; DUMA, S. Injustice to transsexual women in a hetero-normative healthcare system. **Afr J Prim Health Care Fam Med**, Bethesda, v. 6, b. 1, p. a574, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26245442/>. Acesso em: 9 ago. 2020.

NÚCLEO de direitos humanos e cidadania LGBT. **Relatório do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT sobre inquéritos policiais envolvendo travestis e transexuais no Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: NuH UFMG, 2018. Disponível em : https://drive.google.com/file/d/17rUWq6z_ZszU_J0VPK9Dzl5clsqbf0gg/view. Acesso em : 9 ago. 2020.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et. al.* Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamim e da antropologia médica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2847-2857, 2013.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**; trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993

PAULINO, D. B; RASERA, E. F; TEIXEIRA, F. B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, n. 23, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832019000100249&script=sci_arttext. Acesso em: 9 ago. 2020.

PEDRA, C. B. O que são drag queens e crossdressers. RAMOS, Marcelo Maciel *et. al.*. **Gênero, diversidade e direito**: uma introdução. Belo Horizonte: Initia Via, 2016. p. 136 a 145

PEREIRA, L. B. C, CHAZAN, A. C. S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 2019;14(41):1795.

PERUCCHI, J., BRANDÃO, B. C. A formação em Psicologia e a emergência da Psicologia Crítica no atual contexto brasileiro: desafios na atuação frente à diversidade sexual e de gênero. *In*: FERRÃO, Dalcira; de CARVALHO, Lucas Henrique; COACCI, Thiago (organizadoras/es). **Psicologia, gênero e diversidade sexual**: saberes em diálogo. Belo Horizonte, MG: CRP04, 2019 p. 36 – 60.

PINHEIRO, Roseni *et. al.* O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO, Roseni; RUIZ, Eliziane Nocolodi Francescato; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva (organizadores). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016, p. 13 – 24.

PINHEIRO, Roseni; PINHEIRO, Paulo Henrique Novaes Pinheiro (org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.

PINTO, Thiago Pestana. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo. Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. e00113316, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017000705002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 9 ago. 2020.

PRADO, Marco Aurelio Maximo. *Ambulare* / Marco Aurelio Maximo Prado. – Belo Horizonte: PPGCOM UFMG, 2018.

PRECIADO, P. B. Intervenção na 49ª Jornada da Escola Da Causa Freudiana – 17/11/19. <http://lacanempdf.blogspot.com/2019/12/paul-b-preciado-intervencao-na-49.html> Acesso em abril de 2020

PRECIADO, P. B. **Manifesto contrassexual** – práticas subversivas de identidade sexual. São Paulo: n1 edições, 2017.

PRINCÍPIOS de Yogyakarta. **Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero**. Indonésia, 2006.

RABELO, MCM., ALVES, PCB., SOUZA, IMA. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

RAMOS, Marcelo Maciel *et. al.*. **Gênero, diversidade e direito**: uma introdução. Belo Horizonte: Initia Via, 2016.

REIS, A. R., SANTOS, M. C. **Perfil sócio demográfico de usuários e usuárias do Ambulatório Especializado no Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde do Hospital Eduardo de Menezes, Belo Horizonte – Minas Gerais** [livro eletrônico]. Campina Grande: Editora Amplia, 2021

RIBEIRO, Djamila. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento/Justificando, 2017.

RIBEIRO, P. R. C. [et al] **Corpo, gênero e sexualidade**: resistência e ocupa(ações) nos espaços de educação – Rio Grande: Ed. da FURG, 2018

ROCON, P.C., SODRÉ, F., RODRIGUES A., BARROS, M.E.B., WANDEKOKEN, K.D.. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. **Interface (Botucatu)**. 2019; 23: e180633 <https://doi.org/10.1590/Interface.180633>

ROGER, João *et. al.* Pessoas Trans na Atenção Primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis, 2015. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 7, n. 3, p.49-58, 2016. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4276>. Acesso em: 9 ago. 2020.

RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato, *et. al.* Etnografando dádivas e fazendo aparecer o cuidado em itinerários terapêuticos: anseios e incursões de uma “primeira viagem”. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO, Roseni; RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva (organizadores). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016, p. 185–201.

SAADEH, A. **Como lidar com a disforia de gênero (transexualidade)**: guia prático para pacientes, familiares e profissionais de saúde. São Paulo: Hogrefe, 2019.

SAAVEDRA, M. C. Anexo – Serviços de referência para o processo transexualizador no SUS. *In*: SAADEH, A. **Como lidar com a disforia de gênero (transexualidade)**: guia prático para pacientes, familiares e profissionais de saúde. São Paulo: Hogrefe, 2019.

SAMPAIO, L.L.p.; COELHO, M.T.Á.D. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 637-49, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000300005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 9 ago. 2020.

SANTOS, C. C. M., FIGUEIREDO, C. D. Curtir e Compartilhar: Biopoder e Construção de Masculinidades em Corpos Transgêneros no Facebook. Trabalho apresentado no IJ 08 – Estudos Interdisciplinares da Comunicação do XVIII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Nordeste realizado de 07 a 09 de julho de 2016

SANTOS, M. C. B, ALMEIDA, G. S. Diversidade de gênero e acesso à saúde: desafios para o atendimento de pessoas transexuais no SUS. Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, DF, 2019

SILVA, A. H., FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica** Vol.17. No 1 (2015) p. 1 - 14

SILVEIRA, Rodrigo, PINHEIRO, Roseni. O mundo como fronteira: itinerários formativos de estudantes de Medicina nas experiências de Internato Rural na Amazônia. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel; PINHEIRO, Roseni; RUIZ, Eliziane Nocolodi Francescato; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva (organizadores). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016, p. 163–181.

SUESS, A. Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales. *In*: MISSÉ, M.; COLL-PLANAS, G. (Org.). **El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad**. Barcelona: Egales, 2012.

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

TEIXEIRA, F. B. **Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da transexualidade**. Estudos Feministas, Florianópolis, 20(2): 501-512, maio-agosto/2012

TEIXEIRA, F. B. Et al. Estratégias de resistência, existência e invenções de uma prática: entre um cotidiano de miudezas e um cuidado afetado. *In*: RIBEIRO, P. R. C. [et al] **Corpo, gênero e sexualidade: resistência e ocupa(ções) nos espaços de educação** – Rio Grande: Ed. da FURG, 2018

THE JOINT COMMISSION. **Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient - and Family - Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community: A Field Guide**. Oak Brook, IL, 2011. Disponível em: <https://my.clevelandclinic.org/-/scassets/files/org/about/lgbt-field-guide.ashx?la=en>. Acesso em: 9 ago. 2020.

TRINDADE, Mably. **Aspectos históricos do processo Transexualizador no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

TGEU. Transgender Europe: Trans Murder Monitoring 2015. TGEU, 8 de maio de 2015. Disponível em: <http://tgeu.org/tmm-idahot-update-2015/> Último acesso em julho de 2020.

TURBAN, J. L., BECKWITH, N., REISNER, S. L., KEUROGHLIAN, A. S. Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. **JAMA Psychiatry**, 2019. E1 – E9

VAL, A. C. **Entre o singular e o coletivo: narrativas sobre anorexias e bulimias no contemporâneo**. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/15100/2/Alexandre%20Costa%20Val%20Entre%20o%20singular%20e%20o%20coletivo%20narrativas%20sobre%20anorexias%20e%20bulimias%20no%20contemporaneo%202015pdf.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2020.

VAL A. C., GUERRA A. Corpos trans: um ensaio sobre normas, singularidades e acontecimento político. **Saude soc.** 2019;28(1)121-134.

VAL, A. C., MESQUITA. L. M., ROCHA, V. A., CANO-PRAIS, H. A., RIBEIRO. G. M. “Nunca Me Falaram sobre Isso!”: o Ensino das Sexualidades na Perspectiva de Estudantes de uma Escola Federal de Medicina. Brasília. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 43 (1 Supl. 1) : 108 – 118 ; 2019

WHITEHEAD, J; SHAVER, J; STEPHENSON, R. Outness, Stigma, and Primary Health Care Utilization among Rural LGBT Populations. **PLoS One**, São Francisco, v. 11, n. 1, p. e0146139, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4701471/>. Acesso em: 9 ago. 2020.

WORLD Professional Association for Transgender Health. **Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero**. 2012. Disponível em: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Portuguese.pdf. Acesso em: 9 ago. 2020.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Roteiro de entrevista semi-estruturada

Esse roteiro tem como objetivo desencadear uma narrativa, devendo ser usado apenas como norteador. Isto significa que as perguntas podem ser recriadas, reformuladas, repetidas, omitidas à medida que a entrevista for ocorrendo. A própria ordem das perguntas pode ser alterada. O material segue como um ponto de partida, e é importante que o pesquisador tenha em mente os pontos mais importantes para não ler o roteiro durante a entrevista. Antes de começar, serão feitas orientações gerais e o termo de consentimento livre e esclarecido será entregue. Faz-se importante criar um ambiente agradável e sem restrições para que o participante possa falar o mais livremente possível, expandindo ou não determinadas questões de acordo com o desenrolar da entrevista.

Identificação

Nome:

Idade e data de nascimento:

Endereço:

Telefone:

Naturalidade:

Ocupação:

Pergunta disparadora:

Eu gostaria de conhecer a sua história desde que você começou a considerar a transição para o gênero com o qual se identifica e saber como buscou ajuda ao longo da vida, em instituições de saúde formais ou outros espaços, para cuidar desta questão.

Perguntas apoiadoras:

- 1) Qual é a sua identidade de gênero?
- 2) Você se considera em transição social para o gênero com o qual se identifica?
- 3) Nesse percurso, você já buscou algum tipo de cuidado em saúde (formal ou informal)?
- 4) Como você avalia a sua saúde, em termos da transição para o gênero com o qual se identifica?
- 5) Como você avalia a sua saúde, em um sentido mais amplo (para além das questões relativas às sexualidades e os gêneros)?
- 6) Você acha que as instituições formais de saúde atendem às suas demandas, de forma geral e específica?
- 7) Como você observa a postura e o entendimento dos profissionais em relação às diversidades sexuais e de gêneros? Os profissionais estão preparados para atender a essa população em suas demandas gerais e específicas?
- 8) Você já sofreu algum tipo de violência dentro de instituições formais de saúde devido à sua identidade de gênero?
- 9) Quais são os meios informais de cuidado à saúde que a população trans acessa, de acordo com a sua percepção do meio?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Número CAAE: 04612518.9.0000.5124

Título da Pesquisa: Características sociodemográficas e do percurso de transição, saúde, discriminação e violência de pessoas transgêneras que acessam o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Estado de Minas Gerais

Prezado(a),

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que estudará de que modo as pessoas transgênero – pessoas *trans* – acessam a saúde no Estado de Minas Gerais, em suas dimensões formais e informais. É importante conhecer como acontecem as diversas estratégias de cuidado, assim como a acessibilidade aos diversos serviços formais da rede pública de saúde. O objetivo geral desse estudo é conhecer, a partir dos itinerários terapêuticos, como se dá a busca por cuidados. Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido diz respeito a etapa de entrevistas que se insere dentro do projeto de pesquisa “Características sociodemográficas e do percurso de transição, saúde, discriminação e violência de pessoas transgêneras que acessam o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Estado de Minas Gerais”.

Você foi selecionado(a) porque atende aos critérios de inclusão propostos nesta pesquisa, ou seja, encontra-se em acompanhamento no Ambulatório de Atenção Integral à saúde de pessoas Transexuais e Travestis do Hospital Eduardo de Menezes – FHEMIG – e é maior de 18 anos de idade. A sua participação nesse estudo consiste em ceder uma entrevista ao pesquisador. Ao concordar em participar, você será entrevistado(a) no próprio local de tratamento, ou seja, no Ambulatório Trans do Hospital Eduardo de Menezes. A entrevista será realizada no dia do seu atendimento e você não terá gasto extra, nem receberá ajuda financeira pela sua participação. A entrevista terá duração de aproximadamente 45 minutos. Caso você autorize, a entrevista será gravada.

As informações desta pesquisa são confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, sem a identificação dos entrevistados, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Sua participação não é obrigatória. Essa pesquisa não faz parte do seu tratamento ou acompanhamento no ambulatório.

Os possíveis riscos inerentes a sua participação estão associados ao constrangimento em responder as perguntas desta pesquisa. Caso isso ocorra, você poderá a qualquer momento se recusar a participar da pesquisa ou a não responder algumas das questões, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

A pesquisa poderá ou não trazer benefícios diretos a você, mas espera-se que as informações obtidas durante a pesquisa tragam contribuições com construções teóricas e práticas para a assistência à saúde de pessoas trans, bem como possa contribuir para a proposição de novas políticas públicas para assistir essa população específica.

Sua participação é voluntária e, conseqüentemente, não haverá pagamento por participar desse estudo. Você também não terá nenhum gasto. As informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as fases da pesquisa,

e quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa.

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade do pesquisador responsável pelo período de 5 (cinco) anos e, após esse período, será destruído. Para todos(as) os(as) participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento. Pesquisador responsável: Miguel de Castro Santos - Contato: R. Dr. Cristiano Rezende, 2213 - Bonsucesso, Belo Horizonte - MG, 30622-020, telefone 33285084 ou através do email: miguel_dcs@hotmail.com. O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor.

Eu, _____, abaixo assinado, documento _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e depois de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Assinatura do participante

Data

Eu, Miguel de Castro Santos, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço pela sua colaboração e sua confiança.

Assinatura do pesquisador

Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Eduardo de Menezes: R. Dr. Cristiano Rezende, 2213 - Bonsucesso, Belo Horizonte - MG, 30622-020, telefone 33285084 ou e-mail hem.nep@fhemig.mg.gov.br.