

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA SOCIAL

**“O HORMÔNIO TRAZ PRA REALIDADE TODOS OS NOSSOS SONHOS
OCULTOS”: A EXPERIÊNCIA DE MULHERES TRANSEXUAIS E TRAVESTIS
COM O PROCESSO MEDICAMENTOSO DE HORMONIZAÇÃO**

Belo Horizonte

2018

THAÍS ROLLA DE CAUX

“O HORMÔNIO TRAZ PRA REALIDADE TODOS OS NOSSOS SONHOS OCULTOS”: A EXPERIÊNCIA DE MULHERES TRANSEXUAIS E TRAVESTIS COM O PROCESSO MEDICAMENTOSO DE HORMONIZAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Prof.^a Dra. Djenane Ramalho de Oliveira.
Co-orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Máximo Prado

Belo Horizonte

2018

C375h Caux, Thaís Rolla de.
“O hormônio traz pra realidade todos os nossos sonhos ocultos”: a experiência de mulheres transexuais e travestis com o processo medicamentoso de hormonização / Thaís Rolla de Caux. – 2018.
155 f. : il.

Orientadora: Djenane Ramalho de Oliveira.
Coorientador: Marco Aurélio Máximo Prado.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

1. Transexuais – Teses. 2. Travestis – Teses. 3. Hormônios – Teses. 4. Medicamentos – Gerenciamento – Teses. I. Oliveira, Djenane Ramalho de. II. Prado, Marco Aurélio Máximo. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD: 306.768



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTENCIA
FARMACEUTICA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

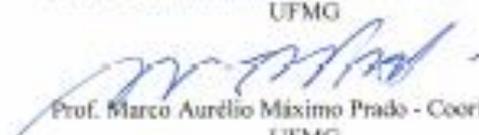
"O HORMÔNIO TRAZ PRA REALIDADE TODOS OS NOSSOS SONHOS OCULTOS": A EXPERIÊNCIA DE MULHERES TRANSEXUAIS E TRAVESTIS COM O PROCESSO MEDICAMENTOSO DE HORMONIZAÇÃO

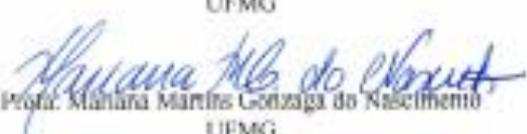
THAÍS ROLLA DE CAUX

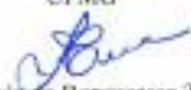
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTENCIA FARMACEUTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestra em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 29 de agosto de 2018, pela banca constituída pelos membros:


Prof.ª Djenane Ramalho de Oliveira - Orientadora
UFMG


Prof. Marco Aurélio Máximo Prado - Coorientador
UFMG


Prof.ª Mariana Martins Gonzaga do Nascimento
UFMG


Prof.ª Flávia do Bonsucesso Teixeira
UFU

Belo Horizonte, 29 de agosto de 2018.

AGRADECIMENTOS

Nunca pensei que seria capaz de fazer tanta coisa em dois anos. Foram dois anos muito intensos, atravessados por ocupações, eventos, muita militância, muita leitura, contexto político cada vez mais adverso... e, certamente, as páginas que se seguem são fruto de uma construção que não seria tão prazerosa se não fossem as pessoas que estiveram comigo tornando meu caminho mais leve.

Agradeço, primeira e principalmente, às queridas entrevistadas deste trabalho por me darem o privilégio de escutar suas histórias e poder conta-las aqui. Espero ter conseguido ser fiel a vocês e espero poder ser sempre parceira de vocês na luta.

A todas as que me acompanharam fazendo, não só com que meu caminho se tornasse mais leve, mas também fazendo com que eu fosse capaz de enxergar e valorizar meu próprio potencial, todo meu amor.

“(…) Não ficar de joelhos, que não é racional renunciar a ser livre (…). É preciso não ter medo, é preciso ter a coragem de dizer” (Carlos Marighella).

“Há todo um velho mundo ainda por destruir e todo um novo mundo a construir. Mas nós conseguiremos, jovens amigos, não é verdade?” (Rosa Luxemburgo)

Korpokupa

o corpo dela
antes de ser
casa
foi okupação,
território abandonado
provisoria
mente
habitado
entre ameaças de desalojo, de re
integrações de posse. Deu trabalho
fazer da própria pele, da própria voz, de seus cabelos
paredes, tetos, pias, portas, janelas, piso, estantes, mesas, camas,
fiações
passíveis
pra ela mesma
respirar, pensar, falar, descansar, dormir, sonhar, dançar, amar,
conspirar,
viver.
Se hoje seu corpo é
casa
para si mesma
é fruto de lutas, conflitos
entre
o visível e o invisível
do capitalismo. do patriarcado. da heterossexualidade. da
cisgeneridade. da monogamia.
disputando cada uma de suas células
para compor suas máquinas
seus governos
seus impérios. Tentaram fazer do seu corpo
espaço desprovido de sua alma.

Corpo-ferramenta
a um poder
que nunca lhe pertenceu.
Hoje seu corpo é sua casa
mas não começou assim.
Antes de ser casa,
seu corpo
foi campo de batalha
foi luta.
Seu corpo
é okupação.

(Poesia gentilmente cedida por Raíssa Éris Grimm, querida amiga).

RESUMO

O processo de hormonização em pessoas trans objetiva reduzir características atribuídas ao gênero designado ao nascimento e induzir as características desejadas pela pessoa. Estudos demonstram riscos associados ao uso de hormônios. Porém, estes medicamentos podem assumir importância central na construção de corpos trans, e há estudos que demonstram que seu uso pode ser seguro. Mas, a violência à qual frequentemente o sistema de saúde submete as pessoas trans dificulta o acesso à saúde formal. A construção de possibilidades de saúde passa a se dar, majoritariamente, fora do sistema de saúde, e o uso de hormônios, por automedicação. Assim, é importante compreender vivências e demandas desta população e entender como se relacionam com o uso de hormônios. Este trabalho buscou compreender experiências de mulheres transexuais e travestis com o processo de hormonização. A metodologia do estudo é a fenomenologia hermenêutica, em uma perspectiva feminista. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 5 mulheres trans/travestis. A pesquisadora também realizou notas de diário de campo sobre as entrevistas e momentos nos quais esteve inserida especialmente em eventos dedicados à temática da saúde trans. As entrevistas foram transcritas na íntegra, bem como o diário de campo. Para análise dos dados, foi utilizado o *software* NVivo® 11. Todas as entrevistadas iniciaram o uso de hormônios na adolescência, por vias outras que não a prescrição médica. Em geral, o aconselhamento sobre o uso de hormônios foi feito por outras travestis. Foram demonstradas várias lacunas no atendimento às demandas em saúde das pessoas trans: despreparo técnico dos profissionais, questões relativas à violação de direitos humanos e desrespeito às identidades trans, patologização das vivências trans, insuficiência dos recursos do Estado e desinteresse na prestação do cuidado. Vimos que o compartilhamento de conhecimento sobre hormônios entre mulheres trans e travestis se configura em uma importante forma de redução de danos em relação aos riscos dos hormônios. Compreendemos também como os efeitos se materializam nos corpos, quais são os efeitos desejados e quais os sentimentos evocados a partir das experimentações de novas corporalidades. Entendemos sobre como experienciam e enfrentam efeitos adversos. Foram apontadas questões importantes para a prescrição de regimes hormonais que sejam mais seguros e atendam melhor aos objetivos das usuárias. A necessidade da efetivação das políticas públicas que propõem acesso aos procedimentos de modificação corporal de maneira gratuita foi um importante apontamento. Discutiu-se também a necessidade de que profissionais de saúde sejam capazes de prover um cuidado humanizado, verdadeiramente centrado na pessoa, com escuta ativa e de maneira holística. Desta maneira, apresentamos aqui a profissional farmacêutica como um possível elo para o cuidado, especialmente na oferta do serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa no cuidado à pessoa trans.

Palavras-chave: hormônios, processo transexualizador; experiência subjetiva com o uso de medicamentos.

ABSTRACT

Trans people use hormones to reduce characteristics attributed to the gender assigned at birth and to induce the characteristics desired by the person. Studies show the risks associated with the use of hormones. However, these drugs may be of central importance in the construction of trans bodies, and studies have shown that their use can be safe. But the violence to which the health system often subjects trans people creates barriers to their access to formal health. The construction of health possibilities happens mainly outside the health system, and the use of hormones is often made by self-medication. Thus, it is important to understand the experiences and demands of this population and to understand how they experience the use of hormones. Thus, this work aimed to understand the experiences of transsexual and transvestite women with the use of hormones. The methodology of the study is hermeneutic phenomenology, from a feminist perspective. Semi-structured interviews were carried out with 5 trans women. The researcher also carried out field diary notes on the interviews and moments in which she was specially inserted in events dedicated to the theme of trans health. The interviews were transcribed in full, as well as the field diary. The NVivo® 11 software was used to analyze the data. All of the women interviewed started the use of hormones in adolescence, by means other than medical prescription. In general, advice on the use of hormones is made by other transvestites. Several shortcomings have been demonstrated in meeting the health demands of transgender people: professionals lacking technical abilities, issues related to human rights violations and disrespect to trans identities, pathologization of trans experiences, lack of public resources and lack of interest in care delivery. We have seen that the sharing of knowledge about hormones between trans and transvestite women is an important way of reducing harm to the risks of hormones. We also understood how effects of hormones materialize in bodies, what are the desired effects, and what feelings are evoked from the experiments of new corporalities. We understood how they experience and face adverse effects. Important issues were identified for the prescription of hormonal regimens that are safer and better meet the goals of the users. The need for the implementation of public policies that propose access to the procedures of corporal modification for free was an important point. It was also discussed the need for health professionals to be able to provide humanized, truly person-centered care with active and holistic listening. In this way, we present here the pharmaceutical professional as a possible link for care, especially in the offer of the comprehensive medication management services in the care of the trans person.

Sumário

INTRODUÇÃO	1
Objetivos	8
Objetivo geral	8
Objetivos específicos	8
UNIDADE I	11
CAPITULO 1: SITUANDO O CAMPO DA PESQUISA.....	11
1 Naturalizando diferenças por meio da ciência ou: a produção dos conceitos de sexo e gênero	11
2 O dispositivo da transexualidade: o saber médico e o saber de si	15
3 Corpos possíveis, corpos inteligíveis: as tecnologias de produção de si e a era farmacopornográfica	24
4 A hormonização como forma de construção de si	30
4.1 A hormonização	31
4.2 Acompanhamento do uso, efetividade e segurança dos hormônios	35
5 O acesso à saúde para todos (os corpos que importam)	40
6 Hormônios e automedicação	44
7 As potencialidades da Atenção Farmacêutica no acompanhamento à pessoa trans	47
UNIDADE II	52
CAPÍTULO 1: CAMINHOS METODOLÓGICOS	52
1 Pesquisa qualitativa	52
1.1 Fenomenologia hermenêutica	53
1.2 Pesquisa feminista e a fenomenologia hermenêutica feminista	55
CAPÍTULO 2: MÉTODOS	58
CAPÍTULO 3: CREDIBILIDADE E ÉTICA NA PESQUISA	61
1 Credibilidade de um estudo fenomenológico	61
2 Aspectos éticos	62

CAPÍTULO III: HISTÓRIAS COMPARTILHADAS, NARRATIVAS TECIDAS.....	65
1 As vozes que aqui nos falam	65
2 Saber-se como se é: um corpo que (re)começa a ser produzido	68
3 O caminho até os hormônios	72
4 Acesso à saúde	74
5 Expropriando saberes médicos: produzindo novos conhecimentos para produzir novos corpos	84
6 O que significa produzir gênero? – ou sobre como os hormônios assumem e modificam as formas dos corpos	91
8 “Mas você sabe se tem estudos que mostram como podemos usar os hormônios de maneira mais segura?”	95
9 “Depois de 18 anos de hormônios, eu sei o que faz bem, o que não faz bem, qual dosagem que pode iniciar, né...”	104
10 Hormonização e uso de outros medicamentos	108
11 O acesso aos hormônios: o processo transexualizador e as farmácias/drogarias	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
APÊNDICES.....	148
Apêndice A: Termo De Consentimento Livre e Esclarecido	148
Apêndice B: Questionário socioeconômico.....	152
Apêndice C: Tópico-guia.....	154

INTRODUÇÃO

O mundo não é. O mundo está sendo. Como subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que dialeticamente me relaciono, meu papel no mundo não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências (...) No mundo da História, da cultura, da política, constato não para me adaptar, mas para mudar (...) Constatando, nos tornamos capazes de intervir na realidade, tarefa incomparavelmente mais complexa e geradora de novos saberes do que simplesmente a de nos adaptar a ela. É por isso também que não me parece possível nem aceitável a posição ingênua, ou, pior, astutamente neutra de quem estuda (...) Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo de luvas nas mãos constatando apenas (...) Há perguntas a serem feitas insistentemente por todos nós e que nos fazem ver a impossibilidade de estudar por estudar. De estudar descomprometidamente como se misteriosamente de repente nada tivéssemos que ver com o mundo, um lá fora e distante mundo, alheado de nós e nós dele. Em favor de que estudo? Em favor de quem? Contra que estudo? Contra quem? (FREIRE, 1996, pp. 78–79).

Recordo-me de sentir um incômodo profundo nascido nas aulas de anatomia, logo no primeiro período de faculdade. Isto me levou a procurar o professor que julguei naquele momento ser um professor mais atento às questões “mais humanas”, como nomeiam – às vezes pejorativamente – usualmente na faculdade de farmácia questões que não sejam de ordem estritamente biológica ou das ciências exatas. Julguei corretamente: aquele professor entendia minhas questões. “Mas professor, as pessoas chamam os órgãos de ‘peças’. Como vamos formar profissionais de saúde que vejam o paciente como um todo se dividimos o corpo em ‘peças’ de maneira tão distanciada e fria?”, era minha questão.

As aulas de anatomia continuaram me assustando. Os corpos ali dispostos, descaracterizados, para uso dos estudantes a quem – em maioria – não interessa saber sua origem, história, ou nada além do que está escrito naqueles alfinetes que indicam os nomes das “estruturas” (que, claro, serão cobrados na prova). O professor com quem conversei me trazia uma esperança, em suas aulas, de que a faculdade de farmácia poderia ser mais próxima da saúde coletiva e do paciente. Ele deslocava, em suas aulas, nosso olhar – que começava a ser treinado e disciplinado para apreender a saúde dentro do modelo biomédico dominante – para discussões mais filosóficas e sociológicas. Foi com ele que nasceu minha paixão pela saúde coletiva e pelo sistema único de saúde.

Porém, a disputa não era justa: uma aula semanal, no primeiro período, de farmácia e sociedade, contra os nove períodos restantes recheados de disciplinas em laboratório, disciplinas “duras”, muito próximas dos livros teóricos. Aprendíamos tudo sobre os mecanismos de ação dos fármacos e sequer nos recordávamos de que o fármaco não atua senão sobre um corpo que pertence a alguém que possui uma vida muito além do uso daquele medicamento. Até que, no oitavo período, no início de 2015, me foi apresentada a atenção farmacêutica. A pouco mais de um ano de me formar, conhecer a atenção farmacêutica foi como encontrar uma luz que preenchia com sentido todo o caminho que eu havia percorrido no curso de farmácia.

Comecei a trabalhar como extensionista em um projeto de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) que atendia pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. Ali, vários desafios se materializaram para mim: as deficiências de conhecimento que entendi possuir, a dificuldade de articular o conhecimento teórico-técnico de acordo com as necessidades individuais de cada paciente... A compreensão de que as experiências do paciente influenciam as suas maneiras de enfrentamento de situações de saúde-doença e de construção de possibilidades de vida...

Em paralelo a isso, eu já me encontrava envolvida em coletivos de militância feminista interseccional e já há algum tempo tinha contato com o transfeminismo¹. Em agosto de 2015, nascia em Belo Horizonte o primeiro cursinho preparatório para o ENEM exclusivo para pessoas trans e travestis, do qual participei como professora voluntária naquele período.

¹ “Como em qualquer dos feminismos, também o transfeminismo não pode ser entendido como único, porém, de forma genérica, pode se entender que há princípios sem os quais uma determinada linha de pensamento do feminismo não pode ser considerado transfeminista: (1) redefinição da equiparação entre gênero e biologia; (2) reiteração do caráter interacional das opressões; (3) reconhecimento da história de lutas das travestis e das mulheres transexuais e das experiências pessoais da população transgênero de forma geral como elementos fundamentais para o entendimento do feminismo; e (4) validação das contribuições de quaisquer pessoas, sejam elas transgênero ou cisgênero, o que leva ao fato de que, por sua constituição, o transfeminismo pode ser útil para qualquer pessoa que não se enquadra no modelo sexista de sociedade que vivemos, não apenas as transgênero” (JESUS, 2013, p. 5)

Como sugere Vangie Bergum (1991), as perguntas que nos chamam para um entendimento são aquelas que encontramos em nossa vida cotidiana. Fui professora do cursinho por pouco tempo, porém tempo suficiente para várias questões serem colocadas para mim pelas e pelos alunas e alunos. Eram questões relacionadas principalmente às violências cotidianas que vivenciam aquelas e aqueles que ousam desafiar a cisheteronormatividade² de maneira muito explícita e evidente: em seus próprios corpos, reinventados pelas transformações que buscam para construção e reconstrução de suas identidades.

Os relatos vindos de pessoas tão próximas me provocaram muita inquietação. Mas, naquele momento, o que a mim pareceu novidade foi a constatação de que algumas questões me eram postas diretamente, pela expectativa que eu, como estudante de farmácia, gerava: demandas relacionadas à saúde e, principalmente, ao processo de hormonização. Deparei-me de perto com condições de desassistência vivenciadas por pessoas em um país onde toda a população (supostamente) possui acesso a um sistema de saúde universal. Impressionei-me muito com relatos de que elas e eles não frequentavam nenhum serviço de saúde, embora me trouxessem diversas demandas relacionadas ao uso de seus hormônios. Perguntei-me, como pode o despreparo e a violência por parte dos profissionais de saúde ser geradora de tamanha inequidade no acesso ao cuidado?

A atenção farmacêutica, prática centrada na pessoa na qual a farmacêutica tem como objetivo primário a prevenção e a resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), e o GTM (Gerenciamento da Terapia Medicamentosa) – serviço baseado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica – marcaram

² De acordo com Mattos e Cidade (2016, p. 133), “o termo cisgeneridade foi introduzido por ativistas transfeministas como um neologismo no sentido de atribuir um nome às matrizes normativas e ideais regulatórios relativos às designações compulsórias das identidades de gênero. Nesse sentido, nomeia-se, consequentemente, experiências de identificação de pessoas, ao longo de suas vidas, com o sexo/gênero que lhes foi designado e registrado no momento do nascimento (atribuição marcada pelos saberes médico e jurídico). Com a afirmação desse conceito de cisgeneridade, afirma-se também um nome do suposto lugar de ‘identidade de gênero normal’, a partir do qual a transexualidade foi construída como desvio e patologia”. Partindo-se desta concepção, Mattos e Cidade também trabalham o conceito de cisheteronormatividade como “uma perspectiva que tem a matriz heterossexual como base das relações de parentesco e a matriz cisgênera como organizadora das designações compulsórias e experiências das identidades de gênero; ambas produzindo efeitos que são naturalizados em nossa cultura, a partir da constituição de uma noção de normalidade em detrimento da condição de anormalidade, produzindo a abjeção e ocultamento de experiências transgressoras e subalternas” (MATTOS e CIDADE, 2016, p. 134).

importantemente minha trajetória acadêmica. Com discussões que se iniciavam com Platão, passavam por Paulo Freire e desaguavam em complexas questões de farmacoterapia, pensar o cuidado dentro da farmácia tornou-se um caminho sem retorno.

“A responsabilidade dela [farmacêutica] é me considerar como um todo, um ser humano completo, estar aberta à minha situação, e considerar minha realidade no momento de me ajudar a tomar uma decisão sobre meu tratamento” (Ramalho-De-Oliveira, 2011a, p. 227).

O trecho acima, de Ramalho-De-Oliveira (2011b), representa uma fala de Azaléia, paciente entrevistada pela autora, sobre a farmacêutica por quem era atendida. A leitura desta fala representou um marco durante minha graduação. Sob o viés do cuidado centrado na pessoa, sendo feminista interseccional e bissexual, e vivendo em um país no qual possuímos um sistema de saúde público – cujos princípios e diretrizes baseiam-se, entre outros, na universalidade, integralidade e equidade – deparar-me com as inequidades produzidas por classe, raça, gênero e sexualidade despertou-me interesse enquanto trabalhadora do campo da saúde.

A noção de que alguns corpos importam mais que outros e de que algumas vidas “merecem” ser protegidas e outras não, advém de normas sociais que regulam quais formas de vida podem ou não alcançar o *status* de plenamente humanas. Aquelas que não seguem a linearidade estabelecida entre genital de nascimento-sexo biológico-gênero atribuído-heterossexualidade-maternidade(paternalidade) não encontram referência nos ideais de inteligibilidade social e não alcançam a materialidade: são corpos abjetos (Butler, 2002b). O não reconhecimento destes sujeitos que subvertem a linearidade compulsória da matriz heterossexual é materializado em condições de subcidadania, com a exclusão social e a privação de direitos – sendo o direito à saúde um deles.

Entendendo esta questão, vemos que a população LGBTQI+ (lésbicas, gays, bissexuais, trans e travestis, *queer*, intersexo e outras identidades), encontra-se frequentemente em contextos de desassistência em saúde, vivenciando constantemente discriminações e violências que se tornam barreiras ao acesso aos serviços – e que, quando este acontece, muitas vezes não privilegia especificidades e singularidades que deveriam ser consideradas (BRASIL, 2013). Ainda há muitas lacunas que precisam ser repensadas quanto ao atendimento a esta população, especialmente no que se refere

especificamente ao atendimento à população trans/travesti, população que vivencia ainda um maior contexto de vulnerabilidade (ARÁN, MURTA e LIONÇO, 2009; BRASIL, 2015; LIONÇO, 2009; SANTOS e ALMEIDA, 2014).

Como iremos construir melhor ao longo deste trabalho, frequentemente as pessoas trans e travestis lançam mão de tecnologias de construção de si como possibilidades de produção de novas corporalidades, e, dentro destas tecnologias, encontram-se medicamentos como os hormônios. Vivendo recorrentemente situações de violência entre profissionais de saúde, são comuns os relatos de que o uso destes medicamentos acontece por automedicação – o que entendemos aqui como potência enquanto processo que gera novos e importantes conhecimentos; no entanto consideramos importante que profissionais atuantes da saúde compreendam como esses processos de cuidado acontecem para que possam propor regimes que se aproximem mais dos desejos das pessoas usuárias de hormônios e que, ao mesmo tempo, sejam mais seguros.

Passei a me perguntar, então, como eu, que à época já trabalhava com cuidado ao paciente, poderia usar meu conhecimento a serviço desta demanda que parecia tão nítida, mas que era, ao mesmo tempo, tão negligenciada. A partir disso, tornou-se evidente para mim o que eu precisava trazer para a discussão numa pesquisa. Eu vinha construindo minha prática sob uma alegação de que o farmacêutico deve atender às necessidades farmacoterapêuticas do usuário de medicamentos, não apenas com foco no medicamento em si, mas sob uma ótica que privilegiasse o sujeito e suas especificidades. Propus, então, trazer à tona uma discussão sobre as pessoas trans³, a produção de cuidado e o acesso à saúde, e como essas questões são perpassadas pelo uso de hormônios. Não havendo na época ainda um ambulatório especializado para cuidado à população trans em Belo Horizonte, e havendo poucos profissionais na rede SUS da cidade que atendessem às pessoas trans em suas demandas, era preciso falar sobre essas questões. Inquietava-me também falar sobre o despreparo dos profissionais e do próprio sistema de saúde para o atendimento a estas pessoas (BRASIL, 2015),

³ Neste trabalho utilizarem o termo trans como um termo guarda-chuva para abranger pessoas transgênero, mulheres transexuais, travestis, homens trans, e pessoas trans não-binárias.

sobre como a transfobia⁴ é geradora de inequidades em saúde (Ariha, Lapa, & Pisaneschi, 2010; Brasil, 2015; Mello, Perilo, Braz, & Pedrosa, 2011; Rocon, Sodré, J sio

⁴ Segundo Gomes de Jesus (2012) “no que se refere ao seu cotidiano, as pessoas transgênero são alvos de preconceito, desatendimento de direitos fundamentais (diferentes organizações não lhes permitem utilizar seus nomes sociais e elas não conseguem adequar seus registros civis na Justiça), exclusão estrutural (acesso dificultado ou impedido a educação, ao mercado de trabalho qualificado e até mesmo ao uso de banheiros) e de violências variadas, de ameaças a agressões e homicídios, o que configura a extensa série de percepções estereotipadas negativas e de atos discriminatórios contra homens e mulheres transexuais e travestis”. Essa negação de acesso a direitos básicos e violências no cotidiano são manifestações da transfobia. Proponho aqui uma análise do conceito e das raízes da transfobia a partir dos estudos sobre a homofobia. De acordo com Rios (2007): “A compreensão do preconceito e da discriminação sofridos por homossexuais a partir da noção de fobia tem como elemento central as dinâmicas individuais experimentadas pelos sujeitos e presentes em sua socialização. A idéia de heterossexismo se apresenta como alternativa a esta abordagem, designando um sistema onde a heterossexualidade   institucionalizada como norma social, política, econ mica e jurídica, não importa se de modo explícito ou implícito (...). Na ideologia e no sistema heterossexistas (...), o bin mio heterossexualidade/homossexualidade   critério distintivo para o reconhecimento da dignidade dos sujeitos e para a distribuição dos benefícios sociais, políticos e econômicos. Isto porque o pertencimento a grupos inferiorizados implica a restrição, quando não a supressão completa e arbitrária de direitos e de oportunidades, seja por razões jurídico-formais, seja pelo puro e simples exercício da força física bruta ou em virtude dos efeitos simbólicos das representações sociais” (RIOS, 2007, p. 33). O autor observa a necessidade da proposição de outros termos que objetivem designar “formas correlatas e específicas de discriminação, tais como a transfobia (transexuais), lesbofobia (lésbicas) e bissexualfobia (bissexuais)” (RIOS, 2007, p. 31), entendendo que a homofobia ocorre a partir da homossexualidade masculina, e que existem outras questões que se interseccionam para se estudar as violências produzidas contra os demais grupos. Butler (2016) propõe a existência de uma matriz heterossexual que confere sentido às diferenças entre os “sexos”, e que supõe que haja uma linearidade entre o órgão genital de nascimento do indivíduo, sua sexualidade e os modos de construção de vida do sujeito na perspectiva das performances de gênero (conceito que será melhor trabalhado nos próximos capítulos deste trabalho). Por exemplo, como discutem Berenice Bento (2006) e Guacira Lopes Louro (2004), o sujeito que possui um pênis terá, a partir dessa leitura corporal, seu sexo/gênero determinados como masculino. Uma vez desviante das expectativas impostas socialmente sobre o seu corpo, um homem trans (pessoa designada com um sexo feminino e denominada “mulher” ao nascer a partir da constatação de que possui uma vagina, porém que se reconhece socialmente enquanto homem), por exemplo, é um sujeito não reconhecido dentro da matriz de possibilidades sociais para seu corpo. O indivíduo deixa então de ser qualificado enquanto um sujeito legítimo (Butler, 2002b). Junto da heteronormatividade, tal estrutura normativa,   qual se denomina cissexismo (Jesus, 2012), complexifica o conceito e a genealogia da transfobia, que será geradora de violências decorrentes justamente desta não linearidade entre órgão genital e performances de gênero.

Zamboni, Rodrigues, & Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro, 2018; Rodriguez, 2014) e como estas inequidades afetam o modo como as pessoas trans se relacionam com seu próprio cuidado e com sua saúde. Além disso, procuro aqui embasar meus conhecimentos e ampliar minha compreensão sobre as necessidades da população trans ouvindo suas próprias vozes, para que eu, enquanto farmacêutica, consiga entender qual o meu papel e como meu conhecimento pode ser útil na construção de modos de cuidado em saúde deslocados do modelo biomédico tradicional e que consiga aproximar-se do modelo de saúde privilegiado nas bases orgânicas do sistema único de saúde brasileiro.

Este trabalho justifica-se, então, pela necessidade social evidenciada pelas questões apontadas para que profissionais de saúde sejam formados para compreender melhor as necessidades em saúde das pessoas trans e que sejam capazes de intervir de maneira mais humanizada e efetiva para atender a estas necessidades. Enquanto farmacêutica do campo do cuidado, atuante da área de GTM, vislumbro um importante papel da farmácia no acompanhamento às pessoas trans (Cocohoba, 2017a; Newsome, Colip, Sharon, & Conklin, 2017a; A. E. Radix, 2017a). O GTM prevê um cuidado holístico e humanizado (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2012), com um atendimento centrado nas necessidades do paciente, entendendo suas particularidades e sua subjetividade.

Entender melhor as experiências e significados que os usuários de medicamentos atribuem ao seu uso, bem como o contexto social no qual estão inseridos é importante, uma vez que estes fatores podem influenciar na maneira como realizam o manejo de sua própria farmacoterapia (RAMALHO-DE-OLIVEIRA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2017). Além disso, em se tratando de um processo tão intrinsecamente ligado à construção corporal e de modos de subjetivação como é a hormonização em pessoas trans, é importante entender como o uso desses medicamentos se relaciona com a produção e percepções de autocuidado.

É neste contexto que o presente trabalho se insere, buscando ampliar a compreensão sobre as experiências de mulheres transexuais e travestis em uso de hormônios enquanto forma de construção de si. Meu interesse neste trabalho é compreender formas possíveis de se viver além das hegemônicas, e, assim sendo, compreender também as formas de produzir saúde em um contexto onde o acesso à saúde formal muitas vezes é precário, à margem do que é (ou deveria ser) direito universal. Saliento aqui que para

que possamos pensar este trabalho, é preciso entender a saúde em uma concepção ampliada, para muito além das perspectivas antagônicas de saúde e doença e das estratégias biopolíticas de controle das formas de vida saudável.

Este trabalho também busca romper com o paradigma biomédico que perpetua uma visão dominante na qual se crê em uma divisão de saberes: seriam mesmo os usuários dos serviços de saúde/pacientes agentes passivos e despidos de conhecimento sobre o cuidado de si, enquanto os profissionais da saúde seriam os únicos portadores de um suposto saber científico capaz de eliminar doenças e propor modos de vida saudáveis?

A partir de tudo isso, surge então minha pergunta de pesquisa, que se propõe a entender a experiência de mulheres transexuais e travestis com o processo medicamentoso de hormonização.

Objetivos

Objetivo geral

Ampliar a compreensão sobre a experiência de mulheres travestis e transexuais com o processo medicamentoso de hormonização

Objetivos específicos

1. Compreender como se dá o acesso aos hormônios utilizados nos processos de modificação corporal de mulheres trans e travestis;
2. Compreender a trajetória e a experiência de construção de conhecimento a respeito da hormonização, considerando suas formas de produção e percepções sobre o autocuidado;
3. Compreender como as mulheres trans/travestis usuárias de hormônios atribuem significado ao uso destes medicamentos;

4. Compreender como se relacionam com o uso de outros medicamentos enquanto utilizam hormônios;
5. Compreender as experiências e percepções das mulheres trans/travestis em relação ao acesso aos serviços de saúde.

UNIDADE I

UNIDADE I

CAPITULO 1: SITUANDO O CAMPO DA PESQUISA

1 Naturalizando diferenças por meio da ciência ou: a produção dos conceitos de sexo e gênero

Cientistas e médicos insistiram que os corpos de homens e mulheres, de brancos e pessoas negras, de judeus e gentios, de trabalhadores e de pessoas de classe média, diferiam profundamente. Numa altura em que os direitos individuais eram objeto de debate político com base na igualdade humana, os cientistas diziam que alguns organismos, por definição, eram melhores e mais merecedores de direitos do que outros (...). Se isso parece paradoxal, de outro ponto de vista, faz sentido. As teorias políticas que declaram que "todos os homens são iguais" não eram apenas ameaçadoras, porque forneciam uma justificativa para as colônias derrubarem o regime monárquico e estabelecerem repúblicas independentes. Eles também ameaçaram minar a lógica subjacente por trás de instituições sociais e econômicas fundamentais, como o casamento, a escravidão ou a restrição do direito de voto a homens brancos com propriedade. Não surpreende, portanto, que a ciência das diferenças fosse frequentemente invocada para invalidar as reivindicações da emancipação social e política. (FAUSTO-STERLING, 2006, pp. 57–58).

De acordo com Murta e Corrêa (2015), se fizermos um retorno histórico às noções de sexo, gênero e identidade, referenciando Foucault (1998), entenderemos que o sexo não é um “fenômeno natural, nem um atributo do corpo” (MURTA & CORRÊA, 2015, p. 4), e sim um dispositivo produzido a partir de regulações sociais e culturais que normatizam e categorizam identidades sexuais. Como aponta Thomas Laqueur, “em algum momento do século XVIII, o sexo, como nós o conhecemos, foi inventado” (LAQUEUR, 1992, p. 136, tradução livre da autora). Laqueur fala de um modelo, herdado da Grécia antiga, que anteriormente considerava a existência apenas de um sexo biológico e a diferenciação de pelo menos dois gêneros, de acordo com o grau de perfeição do corpo. O autor traz em seu texto um escrito de um médico alemão que registra a última afirmação: “visualizando o útero junto com seus anexos, notamos que ele corresponde em todos os aspectos ao membro masculino, exceto que este último está para fora, e o primeiro, para dentro”, (Laqueur, 1992, p. 63, tradução livre). Os órgãos reprodutivos seriam, nesta percepção, um só órgão: o masculino. O que diferiria, então, segundo os resgates apontados pelo autor, a forma como o corpo se moldaria, seria a quantidade de calor em cada corpo. Um corpo com maior quantidade de calor tornar-se-ia um corpo mais perfeito: o corpo de um homem. O corpo de uma mulher seria então aquele cuja

quantidade de calor foi insuficiente para externalizar seus órgãos – um corpo imperfeito. Segundo Laqueur (2000), esse modelo permaneceu até o renascimento.

Fabíola Rohden (2000) faz um resgate histórico sobre as construções acerca da sexualidade e da reprodução e mostra como elas constituíram foco de disputas sociais, políticas e econômicas. Em seu trabalho, ela mostra ter havido uma maior precisão para definir uma suposta “natureza feminina” na mesma época em que a Revolução Francesa propagava “novos direitos para todos os homens” (RHODEN, 2000, p. 91). O contexto de reformas e igualitarismo impulsionado na Revolução Francesa não trouxe nenhuma modificação à representação da mulher. Ao contrário, este período foi marcado por uma reafirmação da condição biológica da mulher a fim de reiterar os papéis a ela determinados de mãe e esposa. Para Rohden (2000), a esta época, a “instituição de um novo código de civilidade” fez com que fosse necessário distinguir mais precisamente os gêneros. Não se podia mais sustentar as diferenças de papéis de gênero apenas baseando-se na maior ou menor perfeição do corpo isomórfico. Tal distinção era frágil, uma vez que um comportamento inapropriado do homem poderia causar a “mudança do sexo”. Em um novo modelo, os órgãos passam então a ser distinguidos (ovários/testículos) e as características corporais determinantes dos sexos masculino e feminino, agora fundadas como verdades da biologia, surgem como base para a criação e distribuição de poder nas relações entre os homens e mulheres (LAQUEUR, 2000).

Em um contexto de criação de novos espaços políticos, a disputa sobre qual sexo deveria ocupa-los legitimamente engatilhou a geração de evidências sobre a incapacidade mental e física das mulheres, que não seriam, portanto, hábeis o suficiente para assumir tais papéis (LAQUEUR, 1992, p. 194). Como aponta Rohden (2000), a leitura do sexo a partir do corpo passa então a ser fundante para a sociedade. O diagnóstico de diferenças a partir da biologia fornece alegações para que as ciências sociais produzam sobre como as diferenças inatas entre homens e mulheres geram a necessidade de distinções sociais.

A natureza já se encarregou de postular a divisão. Cabe à sociedade respeitá-la e promover um comportamento adequado. Para os iluministas, a mulher era incapaz de assumir plenamente as responsabilidades cívicas pretendidas no contrato social. A biologia da incomensurabilidade fornecia um modo de explicar as diferenças sociais, já que na própria natureza, homens e mulheres eram diferentes, e mais do que isto, as mulheres eram naturalmente inferiores. No

século XIX essas distinções e conclusões políticas a partir da natureza tornam-se inquestionáveis. E a ciência, ou a medicina, só acrescenta cada vez mais novos e intrigantes detalhes que provam a intransponibilidade da diferença. (ROHDEN, 2000, p. 97).

No século XIX também são produzidos cientificamente estudos médicos que buscavam comprovar a heteronormatividade dominante nas relações humanas: mulheres se atrairiam “naturalmente” por homens e homens se atrairiam “naturalmente” por mulheres (LEITE JÚNIOR, 2008).

A endocrinologia, especialmente no início do século XX, de acordo com Fausto-Sterling (2006), foi também terreno de disputas sobre as políticas de gênero. Segundo a bióloga, diversos atores, os quais ela nomeia “mundos sociais”, conectavam-se por ideias, pessoas, laboratórios, materiais de investigação, fundos financeiros. Interesses da indústria farmacêutica, médicos, biólogos experimentais e de estudiosos da ciência sexual eram atravessados pelos interesses de feministas, defensores dos direitos dos homossexuais, eugenistas, partidários do controle de natalidade, psicólogos, entre outros. Fausto-Sterling (2006) ainda aponta que, ao examinar como estes “mundos sociais” se interseccionam, podemos ver como as moléculas hormonais se “converteram em parte de nosso sistema de gênero, ou como o gênero se converteu em parte da química” (FAUSTO-STERLING, 2006, p. 182). Estudos do biólogo Walter Haepe, do ginecologista William Blair Bell e de Eugen Steinach, considerado o primeiro neuroendocrinologista da história, postulavam que havia um antagonismo sexual entre os hormônios, o que determinaria não só os corpos, como também os comportamentos masculinos e femininos. Assim, como afirma Fausto-Sterling, “o sexo se fez químico e a química corporal se sexualizou” (Fausto-Sterling, 2006, p. 193, tradução livre da autora)).

Para Scott (1995), o olhar sob a “natureza” do sexo, ou seja, as percepções sobre a anatomia/biologia dos corpos, já se encontram marcadas por um olhar de gênero. Isto implica que o conceito de sexo no modelo dicotômico perde seu caráter “natural”, sendo também na realidade uma construção social que normatiza as possibilidades para os corpos (MACHADO, 2005). A partir desta compreensão, podemos entender o porquê dos questionamentos de Judith Butler quando a filósofa pergunta:

E o que é, afinal, o “sexo”? É ele natural, anatômico, cromossômico ou hormonal, e como deve a crítica feminista avaliar os discursos científicos que alegam

estabelecer tais “fatos” para nós? Teria o sexo uma história? (...) Seriam os fatos ostensivamente naturais do sexo produzidos discursivamente por vários discursos científicos a serviço de outros interesses políticos e sociais? Se o caráter imutável do sexo é contestável, talvez o próprio construído chamado “sexo” seja tão culturalmente construído quanto o gênero; a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido o gênero de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nula (Butler, 2016, p. 27).

Com isso, Butler (2016) conclui, não é possível falarmos em uma “natureza sexuada” sobre a qual se inscreve a cultura para a produção de gêneros tais como os conhecemos. De fato, como o resgate histórico feito acima nos permite compreender, os esforços para a naturalização e estabelecimento enquanto pré-discursivos de sexos dicotômicos e diferenciados atenderam a interesses específicos em contextos específicos. Desta maneira, Butler também propõe a reformulação do conceito de gênero.

O gênero é o aparato através do qual tem lugar a produção e normalização do masculino e do feminino junto com as formas intersticiais hormonais, cromossômicas, psíquicas e performativas que o gênero assume (Butler, 2006, p. 70).

Butler⁵ (2016) propõe que o gênero é o produto de uma série de atos e discursos que repetidamente produzem estilizações possíveis para os corpos dentro de uma estrutura reguladora rígida. Tais repetições são tomadas por naturais, reificadas, produzindo uma “classe natural de ser” (Butler, 2016, p. 69), como se houvesse uma coerência interna ao gênero. Neste sentido, o gênero é performativo.

⁵ Para Leite Júnior (2008) é possível afirmar que os estudos *Queer* (dos quais Judith Butler é frequentemente considerada uma das fundadoras) têm como principal foco a desessencialização de teorizações como as produzidas pela medicina e pelas ciências *psi* sobre a natureza do sexo, além de desconstruir discursos construcionistas que assumem que haja uma separação na qual o sexo está para a natureza assim como o gênero está para a cultura. Nas palavras do sociólogo Steven Seidman, o *Queer* seria o estudo “daqueles conhecimentos e daquelas práticas sociais que organizam a ‘sociedade’ como um todo, sexualizando – heterossexualizando ou homossexualizando – corpos, desejos atos, identidades, relações sociais, conhecimentos, cultura e instituições sociais” (SEIDMAN, 1996, p.13). O nome “teoria *Queer*” foi primeiramente utilizado por Teresa de Lauretis em fevereiro de 1990 para descrever uma maneira de pensar que não parte da heterossexualidade ou do binarismo de gênero. “A escolha do termo *Queer* para se autodenominar, ou seja, um xingamento que denotava anormalidade, perversão e desvio, servia para destacar o compromisso em desenvolver uma analítica da normalização que, naquele momento, era focada na sexualidade” (MISKOLCI, 2009, p. 151). “Este termo tem operado como uma prática linguística cujo propósito tem sido o da degradação do sujeito a que se refere, ou melhor, a constituição desse sujeito mediante esse apelativo degradante. *Queer* adquire todo seu poder precariamente através da evocação reiterada que o relaciona com acusações, patologias e insultos” (BUTLER, 2002a, p. 57).

Bento (2006) exemplifica o funcionamento dos mecanismos de produção de gêneros dentro da matriz heterossexual: quando a mulher, ainda grávida, recebe a notícia de que “é um menino/uma menina”, uma série de expectativas e suposições em torno do corpo que ainda é um devir. A notícia do médico cria uma realidade: brinquedos e roupas específicas a serem compradas e projetos futuros para a filha/filho já são imaginados e/ou materializados antes mesmo do corpo ser presente no mundo. Preciado (2014) vai além, ao afirmar que o ato do médico que diz que “é uma menina” não é só uma interpelação performativa, mas tem também efeitos protéticos: cria “corpos-homem” e “corpos-mulher”, bem como sanciona corpos que fogem à coerência do sistema sexo/gênero (a exemplo de cirurgias em bebês intersex). Para Preciado, “o gênero poderia resultar em uma tecnologia sofisticada que fabrica corpos sexuais” (PRECIADO, 2014, p. 29).

Para Butler, os discursos sobre o gênero são uma ficção produzida e difundida pelo sistema da heterossexualidade compulsória, que restringe as formas possíveis de produção de identidade dentro de uma matriz heterossexual. Nesse sistema, os corpos possíveis são aqueles que seguem a linearidade de concordância compulsória entre gênero, sexualidade e corpo (BENTO, 2006).

2 O dispositivo da transexualidade: o saber médico e o saber de si

“Vós que sois sábios e cheios de alta e profunda ciência
Que concebeis e sabeis
Como, quando e onde tudo se une
...Vós, grandes sábios, dizei-me de que se trata
Descobri, vós o que será de mim
Descobri como, quando e onde,
Por que semelhante coisa me ocorreu?”⁶

Entre o Estado e o indivíduo, o sexo tornou-se objeto de disputa, e disputa pública; toda uma teia de discursos, de saberes, de análise e de injeções o investiram (FOUCAULT, 1998, p. 28).

Foucault propõe ser a sexualidade um “dispositivo histórico”. Como explica Louro (2000), a sexualidade se constitui historicamente por meio de discursos múltiplos sobre o sexo.

⁶ G.-A. Bürger, citado por Schopenhauer, *Métaphysique de l'amour*.

Estes discursos o normatizam, regulam, instauram saberes e produzem “verdades”. Para melhor compreender, precisamos entender a maneira como Foucault define “dispositivo”.

O dispositivo é um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (...) está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam. É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles.

Na perspectiva Foucaultiana, falar de sexualidade é, portanto, retornar à compreensão das formas de regulação de suas práticas por meio de sistemas de poder, aos saberes e à forma de produção dos saberes que a constituem, e, além disso, a como os indivíduos são permitidos a se reconhecerem enquanto sujeitos sexuados (ARÁN, MURTA e LIONÇO, 2009).

Os discursos sobre a sexualidade como a conhecemos na modernidade – como vimos na construção do item anterior – assumem coerência por meio de teorias e discursos formulados em diversos campos de saber, forjadas por interesses de grupos dominantes que visavam manter seus privilégios. Essas teorias e discursos foram historicamente incorporados aos discursos sociais, econômicos, políticos e culturais.

A produção de um modelo dicotômico de sexo e gênero restringiu possibilidades para a existência dos corpos. Este paradigma se acirra a partir do século XVIII, desde quando, como afirma Foucault, passa a ser possível distinguir “dispositivos específicos de saber e poder sobre o sexo” (Foucault, 1998, p. 98). A partir da norma heterossexual, segundo Arán, Murta e Lionço (2009), constitui-se a psiquiatrização do “prazer perverso” e a “problematização da homossexualidade”, que prescrevem quais são, portanto, os comportamentos normais e anormais.

Amaral (2011) pontua que a construção da transexualidade enquanto uma entidade nosológica psiquiátrica está diretamente relacionada à “medicalização da demanda de transexuais por modificação do sexo no século XX” (2011, p. 19). A autora disserta sobre como as possibilidades cirúrgicas emergentes tornaram a condição transexual uma questão de ordem médica, sendo, portanto, necessário defini-la precisamente e

estabelecer quais seriam as condições para a assistência. Aqui entendemos o conceito de medicalização de maneira concordante ao apresentado por Rohden.

Essa medicalização é aqui entendida enquanto um fenômeno bastante amplo e complexo que envolve desde a definição em termos médicos de um comportamento como desviante até as descobertas científicas que o legitimam, os tratamentos propostos e a densa rede de interesses sociais, políticos e econômicos em jogo. (ROHDEN, 2009, p. 90)

Proponho pensarmos aqui a medicalização pela perspectiva Foucaultiana. Como apontam Gaudenzi & Ortega (2012), embora Foucault não faça menção direta ao termo “medicalização” no contexto da sexualidade, há uma referência ao processo quando o autor fala da constituição de uma sociedade na qual o controle da sexualidade sai do domínio da igreja para o domínio da medicina. Três conceitos são essenciais para entendermos esta última assertiva: poder disciplinar, biopolítica e biopoder.

Segundo Foucault, embora a disciplina não seja originária do século XVIII, é neste momento da história que ela é elaborada em seus princípios fundamentais (Foucault Organização & Revisão Técnica de Roberto Machado, n.d.), Desenvolvem-se, na cultura ocidental, técnicas disciplinares de poder, que visam à normatização dos comportamentos, ações e valores dos indivíduos. O poder disciplinar visa à produção de corpos dóceis e úteis ao modo capitalista de produção e ao poder estatal. Trata-se de um projeto social de “normalização” dos sujeitos, buscando uma ‘essência universal’ comum às pessoas e às ‘leis naturais’ que possam evitar o surgimento de ‘anormais’” (LEITE JÚNIOR, 2008, p. 126). Biopolítica é o conceito que Foucault introduz para indicar o manejo e a regulamentação das coletividades e grupos populacionais pelo poder político (1998). Esses dois conceitos são essenciais para entender o último, o biopoder. Foucault, em seu primeiro volume de “A história da sexualidade” (1998) fala sobre a emergência de um novo tipo de poder na modernidade, que tem como função o reforço, o controle, a vigilância da vida, um poder que “gera a vida” de maneira “ordenada”.

Esse poder sobre a vida desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas principais (...). Um dos pólos, o primeiro a ser formado, ao que parece, centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano. O segundo, que se formou um pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos

processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma bio-política da população (...). Abre-se, assim, a era de um “bio-poder”; (Foucault, 1998, pp. 130–131)

Estes novos procedimentos de poder têm, como objeto de controle, “a vida”. Nas palavras de Foucault, trata-se de um poder que controla “o ‘direito’ à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação das necessidades” (FOUCAULT, 1998, p. 135). É neste contexto que podemos compreender a importância do sexo e da sexualidade enquanto objetos de disputa política. Como Foucault (1998) analisa, o sexo encontra-se em dois eixos sobre os quais foi desenvolvida a “tecnologia política da vida”: as disciplinas do corpo – adestramento, docilização, ajustamento – e a regulação das populações.

O sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie. Servimo-nos dele como matriz das disciplinas e como princípio das regulações. É por isso que, no século XIX, a sexualidade foi esmiuçada em cada existência, nos seus mínimos detalhes; foi desencavada nas condutas, perseguida nos sonhos, suspeitada por trás das mínimas loucuras (...); tornou-se a chave da individualidade (...). Mas vemo-la também tornar-se tema de operações políticas, de intervenções econômicas (...), de campanhas ideológicas de moralização ou de responsabilização. (FOUCAULT, 1998, p. 136).

Para Corrêa & Arán (2008), as estratégias que Foucault indica na construção do dispositivo da sexualidade possibilitam a compreensão da organização social criada a partir da hierarquia entre feminino e masculino, bem como também a matriz identitária heterossexual, o que justifica a patologização e a exclusão de sexualidades “desviantes”. É neste contexto que podemos entender a construção do dispositivo da transexualidade enquanto um objeto patologizado e medicalizado.

Embora se possa encontrar a transexualidade na literatura médica datando desde o século XIX, como na obra de Richard Von Krafft-Ebing (2012), de modo geral, a constituição do “dispositivo da transexualidade”, como nomeia Bento (2006), só se deu a partir da primeira cirurgia realizada pelo médico Christian Hamburger em 1952, na Dinamarca, no ex-soldado do exército americano George Jorgensen (FRIGNET, 2002, p. 23). Em 1953, o endocrinologista alemão Harry Benjamin, em seu artigo “*Transvestism and Transexualism*”, aponta a cirurgia de transgenitalização como única alternativa possível para a “terapêutica” de transexuais (BENTO, 2006a).

Como relata Bento (2006), em paralelo aparecem as formulações de John Money, professor de psicopediatria do Hospital Universitário John Hopkins. Em 1955, Money criaria sua tese sobre gênero, que se apoiava na Teoria dos Papéis Sociais de Talcott Parsons, aplicando-a à diferença dos sexos. Para Money, “o gênero e a identidade sexual seriam modificáveis até os 18 meses de idade” (BENTO, 2006, p. 41). Money teorizava sobre como apenas o social, com o auxílio da ciência e das instituições, poderia garantir a diferenciação sexual. Para ele, a percepção que se daria a partir da aparência do genital seria de fundamental importância para o desenvolvimento do gênero e da heterossexualidade.⁷ Seu critério consistia em submeter a cirurgias precoces recém-nascidos intersex⁸, atribuindo-lhes a identidade que considerava mais pertinente e menos contraditória, de maneira que a anatomia se tornasse adequada aos padrões dicotômicos masculinos/femininos (GARCÍA, 2009; MACHADO, 2005). Embora diretamente relacionadas à intersexualidade, a tese de Money teve papel fundamental na formulação da concepção psicopatológica da transexualidade.

Em 1969, realizou-se o primeiro congresso da *Harry Benjamin Association* (nomeada em 1977 *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association - HBIGDA*), entidade que passou a ser fundamental para o estabelecimento de padrões para o “tratamento” das pessoas transexuais em todo o mundo (BENTO, 2006). Harry Benjamin dedicou-se à compreensão dos “critérios para diferenciação” de homossexuais e transexuais. Assim, prescrevia a forma de diagnóstico do “verdadeiro transexual”, para que a intervenção cirúrgica fosse autorizada ao indivíduo.

O nome de Robert Stoller, no campo da psicanálise, também foi fundamental para as discussões do campo. Em 1964, Stoller formulou o termo “identidade de gênero” para designar o sentimento de pertencimento a um determinado sexo. Embora o psicanalista destacasse a discordância entre sexo e gênero, este o fazia de forma similar a John Money, entendendo que a identidade de gênero seria fixada nas primeiras experiências

⁷ John Colapinto, em seu livro “Sexo trocado: a história real do menino criado como menina”, nos conta a história de David Reimer. Um acidente em seu primeiro ano de vida fez com que o menino tivesse seu pênis mutilado, o que levou o médico John Money a propor uma cirurgia de construção de uma neovagina. Nos trabalhos publicados por Money sobre o caso, ele defendia a teoria de que as influências ambientais pós-natais seriam mais importantes do que o biológico pré-natal na constituição do gênero.

⁸“Intersexo é um termo geral utilizado para uma variedade de condições nas quais uma pessoa nasce com uma anatomia reprodutiva ou sexual que não parece se encaixar nas definições típicas de mulher ou homem” (Intersex Society of North America, tradução da autora).

da infância (AMARAL, 2011). Amaral (2011) destaca que tal definição reforçava a tese de Benjamin de que não haveria utilidade na tentativa de “curar o transexualismo” por meio de psicoterapia, sendo de fato a cirurgia “a única cura possível”, uma vez que o estabelecimento da condição já na infância originava uma desordem de gênero que só poderia ser tratada com a “adequação do corpo à mente”. Benjamin também destacava a possibilidade de uso de medicamentos à base de estrogênio.

Mais tarde, em 1980, o “transexualismo” foi incluído no Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais III (DSM III), substituído por “Transtorno de Identidade de Gênero” no DSM IV e consta atualmente como “Disforia de Gênero” no DSM V. A inclusão no DSM oficializa historicamente um local para a psiquiatria e a medicina na oferta de tratamento para indivíduos que recebessem o “diagnóstico” enquanto transexuais verdadeiros. Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) reitera este local quando inclui, em 1990, o “transexualismo” enquanto um “transtorno de identidade sexual” em seu Manual Internacional de Classificação das Doenças – Décima Revisão (CID-10).

Em 28 de junho de 2018, a OMS anunciou a conclusão da revisão do CID e lançamento de sua 11ª edição (CID-11) (OMS, 2018), que excluiu as categorias relacionadas às pessoas trans do capítulo de Transtornos Mentais e Comportamentais e introduziu novas categorias (Incongruência de gênero na adolescência e idade adulta e Incongruência de gênero na infância), incluídas em uma nova localização: o capítulo 17, que trata de condições relacionadas à saúde sexual. No entanto, apesar dos avanços, ainda perduram muitas lutas, dentre as quais a questão de que a categoria “Incongruência de gênero” ainda mantém o caráter normativo que assume como “desviantes” as experiências que se localizam fora do espectro da cisgeneridade. Além disso, longe de demarcar o fim de um processo, na verdade esta modificação marca o início de uma nova fase de lutas para que a ocorra de fato a despatologização.

No Brasil, em 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução 1482, autorizou, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização. O CFM deliberou, neste documento, sobre os critérios diagnósticos para o “transexualismo”:

1. Autorizar, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo;
2. A definição de transexualismo obedecerá, no mínimo, aos critérios abaixo enumerados:
 - desconforto com o sexo anatômico natural;
 - desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
 - permanência desse distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
 - ausência de outros transtornos mentais.
3. A seleção dos pacientes para cirurgia de transgenitalismo obedecerá a avaliação de equipe multidisciplinar constituída por médico-psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social, obedecendo aos critérios abaixo definidos, após dois anos de acompanhamento conjunto:
 - diagnóstico médico de transexualismo;
 - maior de 21 (vinte e um) anos;
 - ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

Posteriormente, esta resolução foi revogada pela Resolução CFM nº 1.652/2002 (que retirou do caráter experimental a cirurgia de transgenitalização para mulheres transexuais, ou seja, a neocolpovulvoplastia), e esta última revogada pela Resolução CFM nº 1.955/2010. Mesmo a Resolução mais atualizada ainda traz em seu texto a definição de que o paciente transexual é “portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual” que rejeita seu fenótipo e possui tendência à automutilação e/ou autoextermínio, e que a cirurgia de “pacientes com transexualismo” constitui a etapa mais importante do “tratamento”. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

O processo assistencial, quando ofertado, ocorre a partir da avaliação e acompanhamento psiquiátrico e psicológico para validação do “diagnóstico”, hormonioterapia para indução de caracteres sexuais secundários que sejam compatíveis com a identificação do paciente e tratamento cirúrgico. A prática clínica é fundamentalmente orientada pela psiquiatrização da transexualidade, partindo do pressuposto de que o diagnóstico da doença “disforia de gênero” é condição de acesso à assistência médica e jurídica para transexuais (ARÁN, MURTA e LIONÇO, 2009).

Percebe-se, nesta construção, que ao saber médico é outorgado o poder de dizer a uma pessoa a sua identidade: se recebe o diagnóstico de transexual, ou se a maneira como se define e se entende no mundo é, na verdade (de acordo com a medicina), um engano. Berenice Bento questiona:

Mas qual é a mentira e qual é a verdade? Como um saber se outorga o direito de definir a verdade última das subjetividades a partir da diferença sexual? A mentira é sentir-se homem no corpo de mulher? Ou querer transformar esse corpo que a sociedade construiu como feminino e lhe atribuiu uma posição com a qual ele não está de acordo? A verdade e a mentira dos sujeitos estão referenciadas no corpo ou, antes, no órgão sexual? (BENTO, 2006a, p. 134)

Bento (2006) mostra em seu trabalho de campo que o que ocorre na prática é o “autodiagnóstico” da pessoa transexual. No entanto, ainda dependentes da confirmação dos saberes *psí* para que lhes seja ofertada a possibilidade de acesso aos procedimentos médicos que desejam, muitas vezes forjam performances padronizadas de acordo com o esperado para receberem o diagnóstico. Para Tenório e Prado (2016), a insistência na patologização das identidades trans

Tem historicamente revelado muito mais o esforço da manutenção de hierarquias de saber e do poder científico como formas de regulação das normas sociais e de coerção e submissão às normas de gênero do que propriamente a criação de mecanismos e critérios de atenção e cuidado à saúde integral. (TENÓRIO e PRADO, 2016, p. 42).

A psiquiatrização pressupõe uma linearidade nas experiências transexuais. Como podemos ver na própria definição do CFM (2010), a pessoa “transexual verdadeira” é aquela que necessariamente está em sofrimento psíquico, tende a automutilar-se ou ao autoextermínio caso não lhe seja ofertada a possibilidade da cirurgia de transgenitalização, procedimento que é considerado o mais importante na sua linha de “tratamento”. No entanto, como Fátima Lima (2014b) aponta, só é possível pensar a transexualidade entendendo-se sua multiplicidade. A autora se propõe a trabalhar com o termo “transexualidades” para demarcar a pluralidade de experiências de assujeitamentos, resistências e reinvenções presentes nas vivências transexuais. No trabalho de Bento (2006) há relatos de pessoas que se sentem confortáveis, inclusive, com o seu órgão genital, não desejando a cirurgia de redesignação sexual, o que demonstra que os modos de existência dos sujeitos vão muito além do que padroniza a medicina.

Quando falamos da realidade brasileira, ainda é necessário trabalhar a construção de uma outra identidade: a identidade travesti. A origem do termo travesti data de 1910 com a publicação do livro *Die Transvestiten*, por Magnus Hirschfeld. O autor trazia, em seu livro, o conceito de “travestismo”, associando a palavra travesti ao impulso sentido por uma pessoa de usar roupas socialmente entendidas como roupas pertencentes ao

gênero oposto (dentro do binarismo) àquele que lhe foi designado ao nascer – ou seja, travestir-se (LEITE JÚNIOR, 2008).

No Brasil, o termo “travesti” popularizou-se na década de 1950 e 1960, quando nos bailes de carnaval dos empresários era aceita a participação de homossexuais e homens que se travestiam (TREVISAN, 2004). A partir destes bailes, travestis surgiram para atuar em produções teatrais (GREEN, 2000). No entanto, para Duque (2009), é impossível linearizar a história das experiências das travestis brasileiras, pois isso poderia resultar em um essencialismo nos estudos de identidade que desconsidera questões históricas e culturais.

Para Leite Júnior (2008), no Brasil há uma questão terminológica interessante: o que se reconhece pela cultura popular como uma pessoa travesti é aquela que adota o gênero feminino, passa por intervenções cirúrgicas (como próteses de silicone nos seios, por exemplo) e hormonais para feminilização de seu corpo, adota vestimentas típicas de mulheres e performa seu gênero de maneira tipicamente feminina. Leite Júnior aponta que estas pessoas a priori não desejariam a cirurgia de transgenitalização.

O saber médico atribui tradicionalmente, então, um caráter mais higienizado à categoria transexual, uma vez que seu desvio “é legitimado” por meio do sofrimento psíquico. Este indivíduo, então, é alguém que necessita de um tratamento, a cirurgia, para “adaptar seu corpo” à maneira como se sente. A travesti, no entanto, por não desejar a cirurgia, ou seja, não desejar adequar seu corpo aos moldes sociais que são esperados para alguém que se reivindica do gênero feminino, é colocada no campo da perversão (LEITE JÚNIOR, 2008).

Há também um recorte de classe e raça importante na utilização do termo travesti, que vai muito além da condição de realização de procedimento cirúrgico (Barbosa, 2010). O que se vê é que há, dentre aquelas que se denominam travestis, algumas que também desejam realizar a cirurgia de transgenitalização, assim como, dentre aquelas que se denominam transexuais, há algumas que não desejam passar por este processo

cirúrgico, como descrito anteriormente neste trabalho. A identidade travesti tornou-se uma identidade também de caráter político.

Como escreve Larissa Pelúcio (2004, p. 125), citando Suzana Lopes: “E, afinal, o que é ser travesti? ‘Quando falo em travestis, a sensação de simplificar um universo tão diverso me incomoda’”. Concordo com Pelúcio (2009) quando a autora opta pelo conceito de travestilidades:

A percepção dessa dinâmica me fez optar pelo conceito de travestilidade por considerar que ele alarga aspectos de categorização identitária do termo “travesti”, que pode ser bastante simplificador quando busca contemplar a gama de possibilidades dessa experiência. A travestilidade aponta para a multiplicidade dessas vivências ligadas à construção e desconstrução dos corpos. Ainda que, muitas vezes, tenha aparecido na fala de minhas colaboradoras uma rigidez na gramática de gênero, estava patente a fluidez na elaboração de categorias êmicas autotaxionômicas. Estas servem para falar da corporalidade, mas também da moralidade, e estão estreitamente ligadas ao trânsito dos corpos pelos territórios, o que se vincula, por sua vez, às transformações desses mesmos corpos (PELÚCIO, 2009, pp. 27-28).

Por tudo o que foi acima exposto, é primordial ressaltar as experiências e vivências individuais das travestis e transexuais como mais importantes que categorias nosológicas e saberes médicos que pressupõem rigidez e as normatizam. Partindo desta ótica, utilizo aqui os termos transexualidade, travestilidades, mulheres trans e travestis e pessoas transfemininas, entendendo os riscos de simplismo e generalização. No contato com as sujeitas desta pesquisa, elas se autodenominaram e a denominação que será aqui utilizada na descrição dos resultados é feita a partir dos termos utilizados por elas.

3 Corpos possíveis, corpos inteligíveis: as tecnologias de produção de si e a era farmacopornográfica

No sentido de segurança que surge do caráter inteligível e familiar do cotidiano, o uso ordenado do corpo tem um papel essencial. Os rituais diários devem sua eficiência a uma arquitetura de gestos, sensações, percepções que estão incorporados no sujeito e que o aliviam de um grande esforço de monitoramento no desenvolvimento das diferentes sequências de vida. Na base de todos esses rituais, há uma ordem precisa do corpo. Uma ordem ao mesmo tempo sempre idêntica e sempre insensivelmente diferente (...). O estudo do cotidiano centrado nos usos diários do corpo recorda que na passagem do tempo, o homem tece sua aventura pessoal, envelhecimento, amor, sentir prazer ou dor, a indiferença ou a raiva. As pulsações do corpo nos permitem ouvir como as relações com o

mundo do sujeito reverberam, através do filtro da vida cotidiana. (LE BRETON, 2002, p. 92, tradução da autora),

Território construído por liberdades e interdições, e revelador de sociedades inteiras, o corpo é a primeira forma de visibilidade humana. O sentido agudo de sua presença invade lugares, exige compreensão, determina funcionamentos sociais, cria disciplinamentos e desperta inúmeros interesses de diversas áreas do conhecimento. (SOARES, 2001, p. 15)

Para Le Breton (2002a), as representações e os saberes acerca do corpo são produtos de um estado social, de uma visão de mundo, e, dentro desta última, de uma definição do indivíduo. Neste sentido, as representações sociais assinalam ao corpo uma posição determinada dentro do simbolismo geral da sociedade – posição que é contextualizada, simbólica e performativa. O mesmo autor, em outro trabalho, pontua que o homem não é um produto de seu corpo, e sim o produz em suas qualidades em sua interação social. Assim, o corpo não é senão também uma construção social (LE BRETON, 2002b).

Concordante, Butler (2016) pontua que o corpo é, em si mesmo, produto de uma construção, bem como o são as pluralidades de corpos circunscritos por marcas de gênero. Nesse sentido, a autora destaca: não é possível dizer que exista um significado adquirido por um corpo que seja anterior às marcas de seu gênero.

Retomando a ideia de performatividade de Butler (2016), Preciado (2014) afirma que o gênero não é apenas performativo, mas antes de tudo, protético, “ou seja, não se dá senão na materialidade dos corpos” (PRECIADO, 2014, p. 29) . Neste sentido, para o autor, o gênero resulta em uma sofisticada tecnologia de fabricação de corpos sexuais. Alegando serem todos os corpos maculados pela cultura e pelo olhar generificado, Berenice Bento (2003) seguindo as ideias de Preciado, explica então, que todos os corpos seriam pós-operados.

A interpelação que “revela” o sexo do corpo tem efeitos protéticos: faz os corpos-sexuados. Analisar os corpos enquanto próteses significa livrar-se da dicotomia entre corpo-natureza versus corpo- cultura e afirmar que, nesta perspectiva as/os mulheres/homens biológicas/os e as/os mulheres/homens transexuais se igualam. Esta é a primeira cirurgia a que somos submetidos. A cirurgia para a construção dos corpos sexuados. Neste sentido, todos somos transexuais, pois, nossos desejos, sonhos, papéis não são determinados pela natureza. Todos nossos corpos são fabricados: corpo- homem, corpo-mulher (BENTO, 2003, p. 1–2).

No século XX, o surgimento de intervenções corporais que até então não faziam parte do campo de possibilidades (o *body building* – modelagem corporal – surge como objeto de desejo na era pós-guerra. Além disso, também o *body modification* – modificações corporais das mais diversas formas – aparece em um espaço privilegiado), tornam o corpo “construído” um objeto de exposição ao público. Na perspectiva de construção corporal, inserem-se as mais diversas cirurgias, dentre elas, a cirurgia de transgenitalização.

Miskolci (2006, p. 681) nos chama a atenção: “vivemos na era do corpo como encarnação da identidade”, aquele que sustenta os ideais sociais que recaem sobre os indivíduos e que é atravessado pelas ansiedades do sujeito que transita entre as possibilidades de adequação ao mundo. A busca pela adequação aos padrões sociais identitários configura corpos sujeitos aos mais variados meios de controle.

Para pensar tal assertiva de Miskolci, introduzo aqui o termo “ciborgue”, de Donna Haraway (1994) (um híbrido entre máquina e organismo), que a autora utiliza para se referir a um símbolo para as mudanças científico-tecnológicas, políticas e sociais do final do século XX. A autora parte do entendimento de que as novas tecnologias geraram uma ruptura entre as fronteiras orgânicas e inorgânicas, físico e não físico, cultura e natureza, animais e seres humanos. Concordante com Haraway, Preciado (2008) reitera: a mutação pela qual passa o capitalismo na modernidade não apenas converteu o sexo, a sexualidade, a identidade sexual e o prazer em objetos de controle político da vida, como também este controle perpassa as dinâmicas inovadoras do tecno-capitalismo.

Para Preciado (2008), na sociedade moderna não nos cabe mais pensar a sociedade disciplinar de Foucault para analisar a produção de gêneros e corpos: o autor propõe a existência contemporânea da sociedade “farmacopornográfica”. Na sociedade farmacopornográfica, o biopoder se transforma em farmacopoder: o controle do corpo não mais depende das instituições. As técnicas de controle agora são micropróteses: é o poder farmacológico. As moléculas não apenas controlam o corpo, como se tornam elas mesmas parte deste corpo até se tornarem inseparáveis e indistinguíveis (PRECIADO, 2008).

O poder farmacopornográfico age através de moléculas que se tornam parte do nosso sistema imunológico; do silicone que toma a forma de seios, a um

neurotransmissor que modifica nossa maneira de perceber e agir, a um hormônio e seu efeito sistemático sobre a fome, o sono, a excitação sexual, a agressão e a codificação social de nossa feminilidade e masculinidade (...). As tecnologias suaves se tornam o material da subjetividade. Aqui o corpo não mais habita espaços disciplinares, mas é habitado por eles. A estrutura bio-molecular e orgânica do corpo é um último recurso para esses sistemas de controle (PRECIADO, 2008, p. 110, tradução da autora).

Como exemplifica Preciado, “os corpos fazem fisioculturismo, se reconfiguram (...), se plastificam, se vitaminam, se hormonizam... As performances de gênero pertencem a esse novo corpo do capital” (PRECIADO, 2014, p. 204). Neste contexto, corpos siliconados, submetidos a refinadas técnicas de cirurgia plástica, corpos “sarados”, magros, esbeltos, simbolizam ícones normativos de saúde, sempre acompanhada da beleza, da felicidade, da qualidade de vida. A aparência física aparece enquanto um símbolo de cuidado corporal (MAGALHÃES e SABATINE, 2011).

No contexto da transexualidade, é preciso compreender quais são os valores – individuais e sociais – que perpassam a busca pelas transformações corporais. Para Louro (1997), conceber os gêneros dentro de uma lógica binária e dicotômica (o masculino e o seu “oposto” feminino) supõe negar a existência de qualquer sujeito social que não se adapte a uma dessas formas. Romper com esta lógica significa romper também com o caráter heterossexual enraizado no conceito de gênero. Conforme Butler (2016, p. 44), “a matriz cultural por meio da qual a identidade de gênero se torna inteligível exige que certos tipos de ‘identidade’ não possam ‘existir’”. Neste sentido, a autora afirma, certos tipos de “identidades de gênero”, por não se conformarem à matriz lógica de linearidade entre sexo-gênero-sexualidade, saem da matriz de inteligibilidade cultural que define sujeitos e corpos possíveis (BUTLER, 2016). Sem que seja possível referenciar-se nos ideais de inteligibilidade, tais corpos não alcançam a condição de “plenamente humanos”, não fazem parte do “estilo de vida” que se considera de fato “vida”, não são parte das vidas que merecem ser protegidas. São, portanto, corpos abjetos (BUTLER, 2002b).

Como Magalhães e Sabatine (2011) pontuam, na busca por tecnologias de transformação de si, os sujeitos encontram possibilidades de adaptação de seus corpos às normatizações sociais, para que assim seja possível pertencer aos eixos de reconhecimento social – no caso das transidentidades, as adaptações tornariam, assim, os corpos possíveis, corpos que, a partir das transformações ligadas às marcas de

gênero, adquirem materialidade na cisheteronormatividade. Neste sentido, cabe aqui ressaltar que a naturalização de características corporais masculinas diferenciadas das características femininas foi também uma construção histórica e parte de um ideário de naturalização de papéis para os corpos pertencentes a homens e corpos pertencentes a mulheres (ROHDEN, 2000), que se insere dentro da construção anterior que aqui fizemos sobre a naturalização do sexo.

Rohden (2000), em um resgate histórico que trouxe a análise de teses e produções médicas relacionadas à ginecologia entre meados do século XIX e meados do século XX, nos mostra como se deu a constituição de um corpo “feminino” naturalizado pela ciência.

Assim seu corpo tendo nesta idade alcançado a estatura que lhe é própria, é geralmente menos elevado que o do homem. A cabeça é mais pequena e arredondada, e coberta por cabelos mais espessos e mais flexíveis. O colo mais longo é contornado de uma grande quantidade de tecido celular que lhe imprime tantas graças. O tórax é menos alto; as clavículas menos curvas oferecem uma longa superfície aos seios que se acham mais volumosos, e formam um distintivo da mulher. O abdome é mais amplo. A bacia tem toda a capacidade necessária para dar lugar ao parto. As cavidades cotiloides menos profundas, fazem com que seus movimentos sejam ligeiros. As coxas são mais curtas e mais afastadas, e as nádegas bastante elevadas. As pernas menos longas e os joelhos voltados para dentro. As espáduas têm menos desenvolvimento; o braço e antebraço são também mais pequenos. As mãos e os pés mais polidos e os dedos delgados. O tecido adiposo, longe de diminuir e deixar ver as saliências dos músculos, pelo contrário se torna mais abundante, se acumula em redor das articulações e lhe imprime estes relevos doces, e a todos os órgãos estas formas arredondadas. Os músculos da face são menos pronunciados e mergulhados na gordura, o que faz que as expressões nesta parte se manifestem nos olhos e no riso. A pele conserva a mesma alvura da infância, ou passa para um colorido mais vivo, e é extremamente delicada. Pêlos aparecem no pudendum e nas axilas. Os ovários crescem; os grandes lábios se alongam e são mais espessos. Enfim a secreção menstrual vem anunciar que a mulher pode ser mãe. . (Ferreira, 1846, p. 12 apud Rohden, 2000, pp. 121–122).

Passando por altura, formação do esqueleto, estrutura muscular, tudo é diferenciado e, para todas as diferenciações, uma explicação (que toma um caráter social). As fibras musculares das mulheres são mais moles e mais delicadas, deixando sua estrutura corporal inapta para o trabalho braçal, que caberá ao homem. A mulher é mais sensível e tem a pele mais delicada: tal característica deve-se às estruturas dos vasos e nervos no corpo feminino. A alvura da pele feminina, gerada por esta estrutura, é um deleite aos seus “afetos”, os homens. Por outro lado, a sensibilidade, também consequência desta mesma estrutura de vasos e nervos, faz com que a mulher seja instável. A estrutura óssea da cabeça, menor que a do homem, faz com o que o cérebro “feminino” seja menor

que o “masculino”: logo, a mulher tem faculdades intelectuais inferiores às do homem (ROHDEN, 2000). Na estrutura corpórea naturalizada da mulher, construiu-se um ideal de corpo que é belo e tem um papel específico na sociedade. São do homem a inteligência e a capacidade para as ciências e a política. São da mulher a afetividade, a sensibilidade, a instabilidade emocional, a vida doméstica e o cuidado. O discurso médico construiu uma justificativa anatômica para a hierarquização de gênero. (ROHDEN, 2000).

Partem daí os referenciais de inteligibilidade para o que constitui um corpo feminino/pertencente a uma mulher: todo aquele que se pretende identificar enquanto feminino/mulher, precisa referenciar-se nas características socialmente entendidas como pertencentes à feminilidade para adquirir um *status* de sujeito possível na sociedade binária cisheteronormativa. O corpo adquire materialidade em sua generificação e nos modos do sujeito performar seu gênero de maneira inteligível (BRANDÃO, 2016; LOURO, 2000), assumindo formas atribuídas a um corpo “cis” por meio do desenvolvimento de traços e contornos corporais (fala-se em passabilidade cis, termo comumente utilizado, que focaliza um horizonte normatizado no qual o sujeito deixa de ser reconhecido como gênero-dissidente). Esta é uma das, senão a principal, maneiras de se fazer resistência às violências cissexistas e transfóbicas (PONTES e SILVA, 2017; VERGUEIRO, 2015).

Seja uma forma de assujeitamento, resistência, subversão, ou mesmo da materialização de um desejo de construir-se da maneira como melhor se reconhecem enquanto sujeitos no mundo, a criação de novas corporalidades – por meio de transformações cirúrgicas, hormonais, entre outras – comumente não apenas faz parte das vivências travestis/trans, como é este o processo que culturalmente (tradicionalmente) demarca o início do “processo de transição”⁹. É no momento em que as tecnologias de produção de si começam a atravessar as corporalidades que é possível visualizar as novas marcas de gênero que surgem naquele corpo. A criação de um novo corpo está relacionada a processos de subjetivação e de criação de novas formas de pertencimento àquele corpo que é habitado pelo sujeito e que habita um mundo exterior que o significa.

⁹ Embora não entenda a transição como um processo que se inicia no momento em que o sujeito altera seu corpo – e, inclusive, entendo que existem vivências trans que dispensam quaisquer tecnologias de modificação corporal – meu entendimento é de que é a partir do momento em que o sujeito lança mão do uso das mais variadas técnicas de produção de seu corpo que o processo de fato adquire uma visibilidade social específica.

4 A hormonização como forma de construção de si

A contrassexualidade reivindica a compreensão do sexo e do gênero como cibertecnologias complexas do corpo (...). As substâncias chamadas "naturais" (testosterona, estrógeno, progesterona), os órgãos (as partes genitais macho e fêmea) e as reações físicas (ereção, ejaculação; orgasmo etc.) devem ser consideradas como poderosas "metáforas políticas" cuja definição e controle não podem ser deixadas nem nas mãos do Estado nem na das instituições médicas e farmacêuticas heteronormativas. (...). A meta das atuais biotecnologias é a estabilização das categorias heteronormativas de sexo e de gênero (que vai da erradicação das anormalidades sexuais: consideradas como monstruosidades no nascimento ou antes do nascimento, às operações no caso de pessoas transexuais). A testosterona, por exemplo, é a metáfora biossocial que autoriza a passagem de um corpo denominado feminino à masculinidade. É preciso considerar os hormônios sexuais como drogas político-sociais cujo acesso não deve ser custodiado pelas instituições estatais heteronormativas (PRECIADO, 2014, p. 40–41).

A multiplicidade de experiências vividas pelas pessoas trans/travestis não se definem necessariamente como vivências atadas ao uso de hormônios. Como afirma Fátima Lima (2014a), a decisão sobre o uso de hormônios, quais serão os hormônios de escolha, regime posológico, efeitos esperados, entre outros processos envolvidos, perpassa agenciamentos que são atravessados por diversas possibilidades de negociação e renegociação consigo mesmo e com outros.

Entretanto, é fato que não raro os hormônios são os primeiros (e muitas vezes o único) produtos a serem acionados pelas pessoas trans com a finalidade de promover as mudanças corporais que almejam (Benedetti, 1998), e são, portanto, elementos importantes para pensar processos subjetivos e modos de vida. Vergueiro (2015, p. 197) ressalta serem os hormônios uma “possibilidade de exercício de autonomias corporais” para pessoas trans. De acordo com muitas pessoas trans usuárias de hormônios, estes medicamentos representam possibilidades de construção de seus corpos, de construção de subjetividade e de expressão de suas identidades (LIMA & CRUZ, 2016; PELÚCIO, 2009; RODRIGUEZ, 2014). A importância do uso de hormônios para aquelas que escolhem fazer uso também perpassa a questão da inteligibilidade do corpo generificado que discutimos no tópico anterior.

Os objetivos a serem alcançados com o uso de hormônios, são, num geral, frutos do desenvolvimento de características sexuais secundárias socioculturalmente entendidas como pertencentes ao feminino (no caso das mulheres trans/travestis/pessoas

transfemininas), e ao masculino (no caso dos homens trans/pessoas transmasculinas) (BENEDETTI, 1998; LIMA e CRUZ, 2016; PELÚCIO, 2009). No entanto, é importante ressaltar, os objetivos podem variar de indivíduo para indivíduo, e tal questão torna-se crucial quando pensamos em uma individualização da abordagem a ser feita pelos profissionais de saúde que visam auxiliar na escolha dos hormônios que serão utilizados no processo.

4.1 A hormonização

Antes da disponibilidade de medicamentos hormonais, os processos de transformação corporal limitavam-se ao uso de elixires ou cremes cuja efetividade era duvidável. Melhores possibilidades surgiram a partir da disponibilidade da testosterona em 1935 e do dietilestilbestrol, em 1938. Datam da segunda metade do século 20 os primeiros casos de pessoas utilizando hormônios e realização das primeiras cirurgias para transformações corporais de gênero. (HEMBREE *et al.*, 2017). Em 1979, houve a fundação da *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIQDA), atualmente chamada *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), cuja importância reside na publicação dos primeiros protocolos contendo recomendações para procedimentos de modificação corporal de gênero, em 1979. Estes protocolos vêm sendo regularmente atualizados e estão em sua 7ª versão (COLEMAN *et. al.*, 2011).

Trarei aqui um sumário das recomendações para o processo de hormonização trazidas pelo protocolo da Associação Americana de Endocrinologia (HEMBREE *et al.*, 2017). A escolha deste protocolo se deu devido à participação de diversas associações de referência mundial – dentre elas a WPATH – na elaboração das diretrizes de cuidado.

Todas as recomendações que se seguem advém de Hembree *et al.* (2017). Em relação aos termos utilizados no protocolo, utilizo aqui o termo diagnóstico entre aspas para demarcar uma posição clara de discordância em relação à patologização das transidentidades e, conseqüentemente, à possibilidade de estabelecimento de um “diagnóstico” por parte dos profissionais de saúde que se sobreponha à percepção do próprio indivíduo. Da mesma forma, todas as vezes em que utilizar a palavra tratamento para me referir a um acompanhamento e/ou uso de tecnologias de modificação corporal com acompanhamento de profissionais de saúde, também utilizarei aspas, visando evitar

entendimentos equivocados de que há neste trabalho uma crença de que é possível “tratar” as pessoas trans em uma perspectiva patologizante.

A priori, recomenda-se que seja feito o “diagnóstico” de “disforia de gênero”, tanto em adolescentes quanto em adultos, de acordo com os critérios estabelecidos pelo DSM V¹⁰. Após o estabelecimento do “diagnóstico”, recomenda-se que o “tratamento” da pessoa trans seja feito por uma equipe multidisciplinar.

Para adolescentes menores de 16 anos, caso atendam aos critérios de indicação (para maiores informações, consultar protocolo aqui referenciado) é recomendado o início do processo de supressão da puberdade por meio do uso de análogos de GnRH (Hormônio liberador de gonadotrofina)¹¹. A supressão da puberdade é reversível e dá ao indivíduo mais tempo para explorar as suas próprias vivências em relação ao gênero antes de iniciar o processo de uso de hormônios/processos cirúrgicos. Antiandróginos podem ser indicados em caso de dificuldade de acesso aos análogos de GnRH, ou de fobia a agulhas. O ideal é que a supressão puberal se inicie até o estágio Tanner II (escala de desenvolvimento de caracteres sexuais secundários na puberdade), ou seja, quando, no caso de pessoas designadas homens ao nascimento, há no máximo um pequeno

¹⁰ Disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos 302.85 (F64.1) A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo dois dos seguintes: 1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas). 2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas). 3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero. 4. Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado). 5. Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado). 6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado). B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

¹¹ O GnRH, controla a síntese e a liberação de ambas as gonadotrofinas (LH e FSH). O LH agirá nas células de Leydig testiculares estimulando a síntese de androgênios, principalmente testosterona. O FSH age também nas células de Sertoli estimulando a maturação espermática. Nos ovários, LH e FSH agirão estimulando o desenvolvimento de folículos ovarianos. O FSH também estimula a produção de estradiol e o LH estimula a produção de andostenediona, precursores do estrógeno ovariano. Os hormônios esteróides gonadais (andrógenos, estrogênio e progesterona) exercem inibição retroalimentadora no nível da hipófise e do hipotálamo. Os análogos de GnRH são agonistas de longa ação que suprimem a secreção de gonadotrofinas pelas dessensibilização de receptores de GnRH logo após um aumento inicial de gonadotrofinas (aproximadamente 10 dias depois da primeira e da segunda injeções). Portanto, o uso de análogos de GnRH terá a capacidade de suprimir os efeitos dos hormônios e, por consequência, suprimir os efeitos da puberdade (BRUNTON, 2012).

aumento do pênis e do escroto. É possível também dosar o LH e os níveis de esteroides sexuais para confirmar o estágio puberal antes do início da supressão.

Para os adolescentes avaliados como “competentes” para avaliarem por si mesmos as consequências do uso de hormônios (sugere-se que tal competência está estabelecida aos 16 anos)¹², desde que atendam aos critérios para indicação, é possível iniciar a hormonização. Há indicação de dosagens específicas que devem ser reavaliadas periodicamente para um possível aumento (semestralmente) – para desenvolvimento de características “femininas”, recomenda-se o uso do 17β-estradiol (estradiol bioidêntico com melhor perfil de segurança, administrado via oral – dose inicial de 5 µg/kg/dia - ou por meio do uso de *patch* transdérmico – dose inicial de 6,25-12,5 µg/24h); para desenvolvimento de características “masculinas”, recomenda-se o uso de ésteres de testosterona (dose inicial de 25 mg/m²/semana – ou metade a cada 2 semanas - via intramuscular ou subcutânea). No entanto, ressalto, no Brasil a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.803/2013 (BRASIL, 2013) define que a idade mínima para utilização de hormônios com acompanhamento

Em adultos, após confirmação do “diagnóstico” de disforia de gênero, avaliação dos riscos da utilização de hormônios e dos níveis hormonais endógenos, indica-se o uso de hormônios conforme a tabela 1.

Tabela 1. Regimes hormonais para pessoas trans

Esquemas hormonais para pessoas trans	
Mulheres trans/travestis	
Estrógeno	
Oral	
Estradiol	2-6 mg/dia
Transdérmico	
Parch transdérmico de estradiol (novo parch deve ser utilizado a cada 3-5 dias)	0,025-0,2 mg/dia
Parenteral	
Valerato ou cipionato de estradiol	5-30 mg IM a cada 2 semanas 2-10 mg IM por semana
Antiandróginos	

¹² É possível que o uso de hormônios inicie-se mais cedo devido à avaliação clínica individual/variação entre países.

Espironolactona	100-300 mg/dia
Acetato de ciproterona	25-50 mg/dia
Agonista de GnRH	3,75 mg/mês
	11,25 mg SC/3 meses
Homens trans	
Testosterona	
Testosterona parenteral	
Enantato ou cipionato de testosterona	100-200 mg IM a cada 2 semanas ou 50% por semana
Undecanoato de testosterona	1000 mg a cada 12 semanas
Testosterona transdérmica	
Gel de testosterona 1.6%	50-100 mg/dia
Patch transdérmico de testosterona	2,5-7,5 mg/dia

Fonte: Hembree et al (2017, p. 3887), adaptado para o português.

Enquanto que, para o desenvolvimento de características socialmente entendidas como masculinas, apenas a utilização da testosterona é suficiente, para o desenvolvimento de características referenciadas como femininas, apenas a utilização de doses de estrógeno pode ser insuficiente para suprimir os níveis de testosterona até os níveis fisiológicos em pessoas designadas mulheres ao nascimento. Por isso, pode ser necessário utilizar medicamentos com ação antiandrogênica e/ou agonistas de GnRH. A espironolactona age bloqueando diretamente a ação dos andróginos no receptor androgênico, e pode também ter atividade estrogênica. O acetato de ciproterona é um progestágeno com ações antiandrogênicas e é muito comumente utilizado. Os inibidores de 5 α -redutase não reduzem os níveis de testosterona: sua ação consiste em bloquear a conversão da testosterona no ativo andrógeno di-hidrotestosterona. Em relação ao estrogênio, recomenda-se a priorização do uso do 17 β -estradiol, hormônio bioidêntico com melhor perfil de segurança. Recomenda-se especificamente que o etinilestradiol não seja utilizado, devido ao aumento do risco de eventos tromboembólicos. Pela mesma razão, sugere-se priorização do uso de vias transdérmicas/parenterais ao invés da via oral. .

Embora sejam sugeridos os esquemas com base em estudos de eficácia e segurança, o protocolo que traz as diretrizes de cuidado a pessoas transgêneras da WPATH ressalta sobre a ausência de estudos clínicos na literatura que comparem a eficácia e a segurança de esquemas hormonais específicos (COLEMAN *et al.*, 2011). Concordantemente, um estudo de revisão conduzido por Canestri (2017) aponta esta mesma questão, demonstrando uma lacuna crítica na literatura.

4.2 Acompanhamento do uso, efetividade e segurança dos hormônios

As informações sobre acompanhamento do uso de hormônios que se seguirão também são provenientes do protocolo “*Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*” (Hembree et al., 2017). Trarei especificamente as informações que dizem respeito ao acompanhamento de mulheres trans/travestis/pessoas transfemininas que utilizam hormônios.

A efetividade do uso de supressores da puberdade/hormônios só pode ser avaliada considerando-se os objetivos individuais de cada usuária. É importante que haja um diálogo neste sentido para que se possa traçar objetivos realistas, com uma terapia que seja a mais segura possível e, que, ao mesmo tempo, atenda ao máximo possível aos desejos por modificações corporais da pessoa que busca a hormonização, considerando também aspectos econômicos (COLEMAN *et. al.*, 2012). O protocolo da Associação Americana de Endocrinologia, aqui referenciado, ainda chama a atenção para a necessidade de que a profissional de saúde elucide questões relativas ao tempo necessário para alcance de cada um dos efeitos esperados pela usuária.

Para adolescentes em supressão de puberdade, os agonistas de GnRH (ou antiandróginos) irão impedir/retardar os efeitos esperados no desenvolvimento do corpo púbere. Em pessoas designadas homem ao nascer, a virilização irá se interromper (é possível que o pomo de adão não se torne proeminente, é possível interromper o processo de mudança de voz, crescimento de pelos, entre outras características de estrutura óssea) e o volume testicular poderá diminuir. Os efeitos da supressão da puberdade são reversíveis, o que é um ponto positivo caso o indivíduo decida descontinuar o processo. Além disso, é provável que o indivíduo que utilizou agonistas de GnRH ou antiandróginos na puberdade obtenha resultados mais efetivos em relação ao desenvolvimento de caracteres socialmente referenciados ao gênero desejado posteriormente quando iniciar a hormonização.

No que se refere aos efeitos alcançados com o uso de hormônios, o desenvolvimento dos seios em mulheres trans/travestis atinge o seu máximo em até dois anos após o início do uso de hormônios. Não se sabe precisamente o tempo para indução de outras mudanças corporais. Existe um grau de variabilidade muito grande na resposta entre

indivíduos, e é possível que não se consiga alcançar o desenvolvimento dos seios de acordo com o desejo de mulheres trans/travestis unicamente com a utilização de estrógenos. Nestes casos, muitas delas relatam conseguir um desenvolvimento melhor dos seios com o uso de progestágenos, mas ainda existe uma falta de estudos que comprovem esta ação (há também relatos de alterações de humor e desejo sexual com este uso). Na tabela 2 detalhamos mais informações sobre os efeitos chamados feminizantes (de acordo com o protocolo aqui referenciado) causados pelos hormônios. Ressalto aqui a presença de “disfunção peniana”. “diminuição do desejo sexual” e “diminuição da produção de esperma” enquanto características “feminizantes” esperadas de um processo de hormonização para mulheres trans. Tal perspectiva parte de uma compreensão patologizante da transexualidade na qual se entende que uma mulher trans/travesti tem necessariamente uma intensa disforia em relação ao seu órgão genital. Não existe, neste trabalho, intenção de compactuar com tal definição.

Qualquer usuário de qualquer medicamento e/ou de qualquer intervenção médica está sujeito a riscos decorrentes de eventos adversos (BRUNTON *et al.*, 2012; COLEMAN *et al.*, 2011). Segundo Coleman *et al.* (2011), a probabilidade de ocorrência de um evento adverso grave decorrente do uso de hormônios irá depender de inúmeros fatores: o medicamento em si, a dose, a via de administração, as características do usuário (presença de problemas de saúde, idade, história médica familiar, hábitos de saúde). Por isto, Coleman *et al.* (2011) sugerem a necessidade de avaliação pré-tratamento de fatores de risco.

Efeito	Início	Máximo
Redistribuição de gordura corporal	3-6 meses	2-3 anos
Diminuição da massa e força muscular	3-6 meses	1-2 anos
Abrandamento da pele/diminuição da oleosidade	3-6 meses	desconhecido
Diminuição do desejo sexual	1-3 meses	3-6 meses
Diminuição de ereções espontâneas	1-3 meses	3-6 meses
Disfunção peniana	variável	variável
Crescimento dos seios	3-6 meses	2-3 anos
Diminuição do volume testicular	3-6 meses	2-3 anos
Diminuição da produção de esperma	desconhecido	>3 anos
Redução de pelos	6-12 meses	>3 anos
Cabelo	variável	-

Mudança de voz	nenhuma	-
----------------	---------	---

feminizantes em mulheres trans/travestis

Tabela 2
Efeitos

Fonte: Hembree et al (2017, p. 3887), adaptado para o português.

A existência de alguns riscos inerentes à utilização de hormônios/análogos de GnRH faz com que seja importante que o indivíduo usuário seja acompanhado por profissionais de saúde durante o processo. Em relação à segurança do processo de supressão de puberdade com análogos de GnRH, é preciso atentar-se para os principais efeitos adversos que podem ocorrer:

- Possível redução da mineralização óssea (que pode, teoricamente, ser revertida com o uso de hormônios);
- é possível que haja comprometimento da fertilidade do indivíduo;
- efeitos no desenvolvimento cerebral do indivíduo ainda são desconhecidos;
- há relatos de hipertensão arterial em alguns poucos casos de uso de análogos de GnRH;
- é possível que os indivíduos relatem ondas de calor, fadiga e alterações de humor como uma consequência da supressão puberal.

Na impossibilidade de utilização de análogos de GnRH, se for recomendada a utilização de progestinas com ação antiandrogina, é preciso atentar-se para outros sintomas (serão descritos na seção de acompanhamento da hormonização em adolescentes e adultos).

Sugere-se que haja uma discussão sobre a preservação da fertilidade antes do início da supressão da puberdade. Maiores informações sobre acompanhamento de adolescentes em supressão puberal encontram-se na tabela 3.

Tabela 3 Acompanhamento de indivíduos em supressão da puberdade

A cada 3-6 meses:

Antropometria: altura, peso, altura do assento, pressão arterial, estágio Tanner

A cada 6-12 meses:

Exames laboratoriais: LH, FSH, Estradiol/Testosterona, 25OH Vitamina D

A cada 1-2 anos:

Densitometria óssea

Idade óssea em raio X (se indicado clinicamente)

Fonte: Hembree et al (2017, p. 3884), adaptado para o português.

Falando especificamente sobre o uso de hormônios por pessoas adultas, Weinand e Safer (2015) sugerem em uma revisão sistemática que a hormonização pode ser segura, sem risco elevado de ocorrência de eventos adversos, quando acompanhada cuidadosamente para os principais riscos documentados na literatura médica (ver na tabela 4 os principais efeitos adversos sumarizados pelo protocolo aqui referenciado).

Para um melhor perfil de segurança, o protocolo referenciado neste trabalho sugere a priorização de vias transdérmicas/parenterais para o uso de hormônios, pois a via oral está sujeita ao metabolismo de primeira passagem, o que aumenta o risco de ocorrência de eventos tromboembólicos (devido à redução na síntese de fatores anticoagulantes, como a antitrombina, gerando um estado de hipercoagulação (STEVENSON, 2009; GOODMAN, 2012)) – risco que também é dose-dependente. Também adverte-se sobre a importância de serem acessados fatores de risco adicionais como sobrepeso, hipertensão, uso de tabaco, histórico familiar de trombose venosa profunda/embolismo pulmonar e outros efeitos adversos associados ao uso de hormônios. Sintomas de depressão também devem ser monitorados.

Os profissionais de saúde que fazem o acompanhamento da usuária devem informá-la de todos os potenciais riscos e benefícios da hormonização, para que a escolha pelo uso possa ser consciente. No entanto, é importante ressaltar, essa conduta deve ser desprovida de julgamentos sobre a escolha individual. Mais uma vez recomenda-se, em

especial, que antes que seja iniciada a hormonização, sejam discutidas questões sobre os efeitos dos hormônios na fertilidade e opções para a preservação da fertilidade.

Tabela 4 Riscos associados ao processo de hormonização para mulheres trans/travestis

Estrogênio

Risco muito alto:

Doenças tromboembólicas

Risco moderado:

Macroprolactinoma

Câncer de mama

Doença arterial coronariana

Doença cerebrovascular

Colelitíase

Hipertrigliceridemia

Fonte: Hembree et al (2017, p. 3886), adaptado para o português.

Tabela 5 Monitoramento de mulheres trans/travestis/pessoas transfemininas em uso de estrogênios/antiandrógenos/agonistas de GnRH

-
1. Avaliar usuária a cada 3 meses no primeiro ano de uso de hormônios. Posteriormente, 2-3 vezes ao ano para monitorar objetivos terapêuticos e desenvolvimento de reações adversas.
 2. Avaliar níveis séricos de testosterona e estradiol a cada 3 meses.
 - a. Níveis de testosterona sérica devem ser <50 ng/dL.
 - b. Estradiol sérico não deve exceder o pico fisiológico: 100-200 pg/mL.
 3. Para usuárias de espironolactona, eletrólitos séricos (principalmente potássio) devem ser monitorados a cada 3 meses no primeiro ano, e posteriormente uma vez ao ano.
 4. O rastreamento de câncer é recomendado rotineiramente tal como se recomenda para sujeitos não transgêneros.
 5. Considerar realização de densitometria mineral ósea no início da hormonização. Em indivíduos com risco baixo, a triagem para osteoporose deve ser realizada aos 60 anos de idade (assim como para usuárias que não aderem à terapia hormonal).
-

Fonte: Hembree et al (2017, p. 3890), adaptado para o português.

O acompanhamento dos níveis de estradiol sérico se faz necessário porque níveis aumentados podem gerar aumento no risco para doenças tromboembólicas, disfunção hepática e hipertensão. O uso de estrogênios pode aumentar o crescimento de células lactotróficas pituitárias. Por esta razão, há relatos de ocorrência de prolactinomas após o uso prolongado de estrógeno em altas doses (o protocolo aqui referenciado considera que há um risco baixo de ocorrência deste efeito adverso). Assim, também é recomendado que sejam medidos os níveis séricos de prolactina no início do uso de hormônios, seguindo com controle anual.

O protocolo adverte que as evidências sobre os efeitos do uso de estrógeno no metabolismo da glicose e dos lipídios são controversas. No entanto, sugere-se que seja feito acompanhamento de risco cardiovascular por meio de exames de perfil lipídico, rastreamento de diabetes, entre outras ferramentas diagnósticas caso o julgamento clínico indique necessidade. Com relação ao rastreamento para câncer de mama, sugere-se que mulheres trans/travestis/pessoas transfemininas em uso de hormônios sigam os mesmos protocolos para pessoas designadas mulheres ao nascer. Já para o câncer de próstata, recomenda-se que a necessidade de rastreamento seja determinada individualmente. A tabela 5 resume como deve ser feito o acompanhamento do uso de hormônios “feminizantes”.

Uma consideração importante (não considerada pelo protocolo que aqui referenciamos) é que as pessoas trans que fazem uso de hormônios podem estar também em uso de outros medicamentos que podem ou não interferir com o efeito dos hormônios. Sendo o uso de hormônios tão central na construção de seus corpos, e sendo a construção de seus corpos muitas vezes condição primária para seu reconhecimento e ser no mundo (PELÚCIO, 2009), em vários momentos as pessoas trans poderão priorizar a hormonioterapia em relação ao outro tratamento, mesmo que existam riscos envolvidos. Os hormônios utilizados pelas mulheres trans/travestis possuem muitas interações medicamentosas documentadas com diversos medicamentos, e podem ter sua eficácia ou segurança reduzidas a depender de qual a combinação de medicamentos utilizada.

5 O acesso à saúde para todos (os corpos que importam)

Retomando aqui o conceito de abjeção que introduzimos em nossa construção sobre corpos, proponho aqui que pensemos seus efeitos sociais. Segundo Butler (2002b), os corpos abjetos são aqueles que não encontram legitimidade social por não se referenciarem nos ideais de inteligibilidade existentes. As identidades que não se derivam nem do “sexo”, nem do “gênero”, não se conformam à matriz cultural de possibilidades de existência e reconhecimento. Sendo assim, não são identidades possíveis e não alcançam a condição de plenamente humanos. Sem que alcancem o *status* de sujeitos, como poderiam ser sujeitos de direitos?

Gomes de Jesus (2015) afirma haver no Brasil uma extrema transfobia estrutural que nega a cidadania a pessoas transgênero e reitera a abjeção com que são tratadas, sendo essas pessoas invisibilizadas na maioria dos espaços sociais. No campo dos direitos sociais, tal invisibilização se reflete em um processo gerador de inúmeras inequidades.

Buscando trabalhar ações que trouxessem evolução no campo da equidade em saúde, no Brasil, a partir de 2004, houve a criação do programa “Brasil sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual”. Pela primeira vez, foram estruturadas ações em saúde específicas para a população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros). Posteriormente, a “Carta de Direitos dos usuários de saúde”, lançada em 2006, traz em seu texto a perspectiva de reconhecimento de identidade de gênero e diversidade sexual como determinantes de inequidades em saúde, o que fomenta a construção da “Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT” (BRASIL, 2013). Publicada em 2012, a política se propõe a direcionar e legitimar as necessidades e especificidades de saúde da população LGBT, reconhecendo os efeitos da discriminação e da exclusão no processo saúde-doença. Conforme descreve, “suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais” (BRASIL, 2013, p. 8).

Contudo, Rodriguez (2014) afirma que ainda perduram no Brasil formas de discriminação à população LGBT tanto nos âmbitos interpessoais, como institucionais e estruturais, o que é uma grande problemática nos serviços de saúde. O Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil (SEDH, 2016) aponta que, somente no ano de 2013, houve notificação de 9,31 violações de direitos humanos por dia contra a população LGBT. Especificamente sobre a população trans e o acesso à saúde, um relatório sobre direitos e violência na experiência de travestis e transexuais na cidade de Belo Horizonte mostrou que 59% das mulheres trans deixaram de procurar um médico quando precisavam (NUH-UFMG, 2015a). Em relação aos homens trans, 85% relatam não ter procurado um médico quando precisavam, sendo que destes, 50% relatam não o terem feito por medo de sofrerem preconceito devido ao fato de serem trans (NUH-UFMG, 2015b).

As necessidades em saúde da população LGBT apontam para a indispensabilidade de adequações do setor saúde para a oferta de um cuidado integral, tanto do ponto de vista médico como dos direitos humanos (RODRIGUEZ, 2014). Kenagy et al. (2008), apontam que, para que o sistema de saúde consiga atender melhor às pessoas trans, profissionais de saúde precisam não apenas ser capazes de escutar melhor a estas usuárias, como também de iniciar um diálogo sobre suas identidades, preocupações e necessidades de saúde específicas.

Conforme construído em um dos capítulos anteriores, no setor saúde, como em outros, ainda persiste uma abordagem patologizante da sexualidade e das identidades de gênero (RODRIGUEZ, 2014). De acordo com Bento (2003), a patologização é um dos mecanismos que são utilizados para marginalizar práticas que divergem do modelo hegemônico dos gêneros.

A pessoa trans/travesti é enxergada pela saúde apenas em relação àquilo “que precisa ser consertado” (seus corpos), muitas vezes ignorando quaisquer outras necessidades em saúde que possua (GEISLER, REIS e SPERLIN, 2013). Além disso, para que consigam ter acesso às modificações corporais desejadas com acompanhamento médico no sistema de saúde brasileiro, elas precisam se submeter a um acompanhamento médico-psiquiátrico que inclui terapia psicológica compulsória (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010) considerando que não possuem autonomia de decisão sobre seus próprios corpos. Neste processo, conforme já foi pontuado neste trabalho, cabe a especialistas a avaliação sobre a sexualidade e o corpo das pessoas trans que buscam o acolhimento de profissionais de saúde (ARÁN, MURTA e LIONÇO, 2009; GEISLER, REIS e SPERLIN, 2013; MURTA AMARAL, 2011). Segundo Teixeira (2009), as normas médicas “ditariam o que é “bem/bom” ou o ‘certo/errado’ através dos mecanismos de acesso aos ‘direitos’ dos tratamentos”. A negação da autonomia da pessoa trans seria, por si só, compreendida como uma ação violenta, que pode culminar na negação da busca por um serviço de saúde.

O processo histórico da patologização e da psiquiatrização das transidentidades gera prejuízos de várias ordens às pessoas trans, negando a dignidade, a relativa autodeterminação e a possível autonomia sobre seus próprios corpos, pois entende a expressão da vida das pessoas trans como um conjunto de comportamentos psicopatológicos, reduzindo-os a estereótipos e descrições prescritivas homogeneizantes (...). A maioria das pessoas trans que não se

encaixa no padrão exigido pelo diagnóstico médico e psicológico nem passa próximo aos consultórios de profissionais da saúde, realizando intervenções corporais na informalidade quando não nas formas mais clandestinas de alto risco e múltiplas vulnerabilidades (TENÓRIO e PRADO, 2016)

Segundo Mello et al.(2011) descrevem, um dos temas mais recorrentes nos planos, programas e demais documentos que trazem diretrizes para formulação de políticas e programas específicos para promoção da equidade na saúde da população LGBT é a capacitação e sensibilização de profissionais de saúde para o atendimento não-discriminatório. Apesar disso, conforme uma de suas entrevistadas traz em sua fala, o que acontece na realidade é que pessoas LGBT ainda se sentem constrangidas ao procurar cuidados médicos, pois muitas vezes experimentam discriminações diversas por parte dos profissionais – especialmente a população de travestis e transexuais.

A Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), define diretrizes para a integralidade da atenção no processo transexualizador, “não restringindo ou centralizando a meta terapêutica apenas às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas”, além de atendimento livre de discriminação em todos os níveis de atenção. A fim de garantir-se a integralidade de atendimento à esta população, o documento propõe que o acolhimento deve ser humanizado e deve-se respeitar o uso do nome social de travestis e transexuais. Apesar disso, na prática, o atendimento em saúde, quando ocorre, continua muito centrado especificamente nas demandas de modificação corporal. Além disso, ocorre com muita frequência o desrespeito ao nome social em diversas instituições, inclusive nas instituições de saúde, como demonstra essa fala de uma das entrevistadas de Santos (2015, p. 114),

No dia que eu estava lá, gritou Felipe, tinha uns três rapazinhos assim, eles ficaram olhando estranho. Eu de vestido longo, aí ficaram olhando, assim, estranho. Eu entrar lá no consultório, Felipe, sabe, aí eu fiquei toda sem graça quando saí. Aí, é com isso que fico constrangida, aí tipo assim, tem um menino do lado, aí o menino vai gritando pelo o meu nome de homem, eu de peito, como que vai ficar. Vou falar o que, uai, mas por que está chamando ele por nome de homem, tem peito, se é mulher, na cabeça do menino é uma mulher. Aí é isso que é o problema do posto de saúde que nós temos.

Conforme mostram Pinheiro (2016), Santos (2015) e Rocon *et al.* (2018) uma das principais maneiras pela qual a transfobia institucional, que impede travestis e

transexuais de acessarem os serviços de saúde, se manifesta, é exatamente o desrespeito ao uso do nome social.

As dificuldades que as pessoas trans encontram no acesso à saúde são um dos fatores que fazem com que elas tenham que recorrer a mercados clandestinos para que possam promover as modificações corporais (por exemplo, por meio da aplicação de silicone industrial no caso de travestis/mulheres trans/pessoas transfemininas, e compra da testosterona no caso de homens trans) (MURTA AMARAL, 2011). No caso do silicone líquido, muitas vezes de uso industrial, há uma exposição direta a riscos largamente conhecidos (que podem inclusive levar à morte. O silicone pode, por exemplo, deslocar-se pelo corpo, gerando tromboembolismo pulmonar) devido à condição em que adquirem as próteses. Muitas vezes desconhece-se a origem do silicone que é utilizado para “bombar” (expressão utilizada para designar o ato de injetar o silicone no corpo – a pessoa que o injeta é a “bombadeira”) e as injeções são muitas vezes feitas em condições sanitárias inadequadas (PELÚCIO, 2009). Além disso, outra consequência gerada pelas inequidades de acesso à saúde é a busca pela automedicação com hormônios.

6 Hormônios e automedicação

O uso de hormônios, usualmente, inicia-se ainda cedo na vida da mulher trans/travesti. Como afirma Marcos Benedetti (2005, p. 78), para suas entrevistadas travestis, são estas substâncias que, ao “entrarem” no sangue, instauram “uma nova condição no corpo: a condição de travesti”. Este é o processo, retomando Preciado (2008), em que molécula toma a forma do corpo, produzindo o gênero.

Como Benedetti (2005) conta, geralmente não existe uma prescrição padrão para o regime hormonal, logo as modificações das formas de uso ocorrerão a partir da observação dos efeitos, desejados ou não, no corpo. Muitas vezes iniciando aos 13, 14 anos, a escolha primária dos hormônios e modos de usar frequentemente começa com aconselhamento de outras travestis e mulheres trans mais velhas e mais experientes (BENEDETTI, 2005), também referidas como “mães ou madrinhas” (PELÚCIO, 2009). Atualmente, outra fonte muito comum de informação sobre os hormônios é a internet. *Blogs*, fóruns de discussão em redes sociais, etc, figuram como importantes locais de troca de informação e pesquisa sobre hormonização (GALINDO e VILELA, 2013).

De acordo com a OMS (1998), a automedicação é entendida como a seleção e uso de medicamentos pelos indivíduos sem que haja prescrição prévia de um profissional de saúde sobre indicação, dosagem e duração do tratamento. Em uma visão paternalista e colonialista tradicional do modelo biomédico, a automedicação é, muitas vezes, abordada apenas na perspectiva de seus riscos. Em uma rápida pesquisa ao *Google* imagens nos deparamos com as mais diversas campanhas que trazem frases como “a automedicação pode custar a sua vida”, “diga não à automedicação”, ou “a automedicação é um risco”, como mostra a figura 1.

Especialmente em cenários de um sistema de saúde com recursos limitados, no entanto, a automedicação pode constituir uma potência. Como a própria OMS (1998) discute, a “automedicação responsável” é aceitável e benéfica para o sistema público de saúde, evitando o colapso do sistema de saúde pelo atendimento a casos transitórios ou de menor urgência.

Os medicamentos, como outras tecnologias de saúde, perderam sua “relação de fidelidade” com a medicina, processo que ocorreu devido a inúmeros fatores, dentre eles, a sua distribuição majoritariamente feita pelo setor privado, no qual, a venda é feita na maioria das vezes por vendedores não profissionais de saúde (GALINDO, VILELA e MOURA, 2012). Conrad e Leiter (2004) falam sobre a transformação da medicalização: anteriormente este processo contemplava apenas a relação médico-paciente; na atualidade visualizamos uma expansão de seus domínios, englobando múltiplas relações entre indústria farmacêutica, médicos, mídia e consumidores, o que complexifica a questão da automedicação. Expropriados do âmbito único de saber biomédico, os usos de medicamentos são atravessados por diferentes estratégias de governo da vida e autonomia. É preciso entender a automedicação em relação ao autocuidado e ao estabelecimento do estado de saúde desejado pelo indivíduo, que toma suas próprias decisões sobre quando e como irá fazer uso dos recursos terapêuticos que lhe pareçam apropriados (J. D. O. S. Naves, Castro, Carvalho, & Merchán-Hamann, 2010).

No estudo de Conrad (1985) sobre o uso de medicamentos por portadores de epilepsia, ficou demonstrado que, para além de não cumprirem as prescrições médicas, os próprios usuários constroem estratégias de automanejo da terapia: ora utilizam doses extras, ora

doses a menos, e até mesmo deixam de utilizar os medicamentos periódica ou definitivamente. Esta mesma perspectiva pode ser frequentemente encontrada em pacientes portadores de diabetes mellitus que manejam a hipoglicemia por meio do automanejo de seu tratamento, muito além das prescrições médicas, estabelecendo práticas diárias de autocuidado por meio da sua percepção e conhecimento sobre a própria saúde (MOL e LAW, 2004). Como criticam Kelly *et al.* (2015), embora a medicina baseada em evidências reconheça a importância da integração das evidências científicas com a experiência clínica e com os valores e preferências do paciente do paciente, pouca atenção é geralmente dedicada a como os valores e preferências do paciente podem, não apenas ser importantes no processo de tomada de decisão com pacientes individuais, como também gerar novas evidências científicas.

Figura 1 Imagem encontrada em busca no Google imagens com o operador "automedicação"



Fonte: "Automedicação: prática comum que preocupa especialistas", in:

<https://santosbancarios.com.br/artigo/automedicacao-pratica-comum-que-preocupa-especialistas>. Acesso em: 02/06/2018

Em um contexto onde tecnologias – a priori reconhecidas como pertencentes ao saber biomédico – constituem parte tão intrínseca do cotidiano e dos modos de vida das pessoas, as vivências trans com hormônios muitas vezes se constituem marginalmente ao sistema de saúde. Frequentemente relegadas à margem do acesso à saúde e com suas experiências patologizadas, as pessoas trans constroem seus próprios conhecimentos e os transmitem entre elas como uma forma de garantia da autonomia sobre suas próprias decisões e sobre seu próprio corpo, e como forma de resistência

frente aos processos de assujeitamento do controle biomédico (GALINDO e VILELA, 2013; VERGUEIRO, 2015).

7 As potencialidades da Atenção Farmacêutica no acompanhamento à pessoa trans

Reconhecer como legítimo o conhecimento produzido a partir das experiências individuais e do compartilhamento de experiências entre as pessoas trans usuárias de hormônios não significa que, enquanto profissionais de saúde, devemos negligenciar riscos potenciais à saúde das pessoas. Conrad (1985) nos chama a atenção para a necessidade de compreender e valorizar as experiências singulares dos usuários de medicamentos com seu tratamento para que assim possamos redirecionar nossos olhares para uma nova forma de trabalhar a farmacoterapia junto ao paciente/usuário de medicamentos.

O conceito atualmente aceito de “medicina baseada em evidências” é o que propõe uma integração das melhores evidências científicas disponíveis à experiência clínica do profissional e aos valores e preferências do paciente (MASIC, MIKOVIC e MUHAMEDAGIC, 2008). Este conceito nos fala de uma possibilidade de trabalhar não apenas com as evidências “duras” da clínica, mas também de nos aproximarmos dos desejos/necessidades do paciente/usuário reconhecendo suas experiências e conhecimentos sobre o seu saber de si e da sua própria saúde e corpo, e utilizando essas experiências como guias para nossa tomada de decisões.

No tocante ao uso de medicamentos, quando falamos em valores e preferências do paciente, utilizamos o termo experiência subjetiva com o uso de medicamentos. Este termo foi cunhado para nomear as significações que usuário atribui a seu cotidiano com medicamentos, suas experiências positivas, negativas, e como toma suas próprias decisões sobre sua farmacoterapia (se irá ou não tomar o medicamento, como, qual a dose, etc) (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2012; RAMALHO-DE-OLIVEIRA *et al.*, 2012; SHOEMAKER e RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2008).

Concordante com este modelo de medicina baseada em evidências, Shoemaker *et al.* (2011) propõem a aplicação da experiência subjetiva do usuário/paciente com o uso de

medicamentos como um conhecimento que pode auxiliar na prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), além de guiar intervenções relacionadas à educação e aconselhamento. Um PRM é qualquer evento que o usuário de medicamentos experimenta ou está em risco de experimentar, e que interfere no processo de alcance dos objetivos terapêuticos do tratamento (HEPLER e STRAND, 1990). Estas proposições surgem em um contexto de uma prática de cuidado farmacêutico cuja filosofia traz como princípio a prática centrada na pessoa: a atenção farmacêutica.

A atenção farmacêutica é a prática profissional farmacêutica na qual ocorre interação direta do farmacêutico com o paciente e com outros profissionais de saúde a fim de otimizar a farmacoterapia do usuário de medicamentos. Este processo envolve a avaliação de todos os medicamentos em uso, a elaboração de um plano de cuidado individualizado de acordo com os objetivos terapêuticos específicos para aquele paciente/usuário, e ainda envolve o acompanhamento posterior das intervenções para que seja possível avaliar seus resultados (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2012).

Importantemente, a farmacêutica na atenção farmacêutica irá avaliar todos os medicamentos em uso pelo indivíduo/paciente, tendo o holismo como princípio, não se focando, portanto, em apenas uma condição (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011b). Isto é muito importante quando falamos na integralidade da saúde e na necessidade de se ampliar a compreensão da saúde trans para além unicamente das questões que envolvem as tecnologias de gênero – sendo estas, no tocante ao âmbito de trabalho da farmácia, em especial os hormônios.

De acordo com Ramalho-de-Oliveira (2011), a atenção farmacêutica tem como método o *Pharmacotherapy Workup*, que se baseia na avaliação, primariamente, da indicação do medicamento para aquela usuária específica. Posteriormente, segue-se a uma avaliação da efetividade do(s) medicamento(s), o que poderia ocorrer de maneira interessante na perspectiva do uso de hormônios, traçando-se objetivos específicos de acordo com os desejos e necessidades específicas de cada usuária. Procede-se então a uma avaliação da segurança do(s) medicamento(s), avaliando-se, por exemplo, os potenciais riscos em detrimento dos benefícios, efeitos adversos já ocorridos, o uso concomitante de hormônios e outros medicamentos que podem ter alguma interação

entre si, entre outras questões. Por último, avalia-se a conveniência da usuária em relação à utilização daquele regime específico de medicamentos. Esta última é parte indispensável, uma vez que os hormônios tidos como mais seguros são também os mais caros, e são, por esta razão, muitas vezes inacessíveis para as usuárias. Tal questão é, frequentemente, ignorada pelos profissionais prescritores, o que faz com que as mulheres trans/travestis ignorem as prescrições médicas (SAMPAIO, 2013). Além disso, é preciso considerar os modos de administração das diferentes formas farmacêuticas (*patches*, injeções, géis, comprimidos) para que se possa trabalhar orientações específicas (KRÜGER e SILVA, 2015). Em todo este processo, é imprescindível considerar a experiência prévia da usuária, que muitas vezes já iniciou seu uso de hormônios fora do sistema de saúde (SAMPAIO, 2013; SANTOS, 2012) e, por isso, já conhece o efeito de determinado hormônio em seu corpo.

Como prática centrada na pessoa, a atenção farmacêutica propõe que a profissional deve compreender que os medicamentos possuem representações diversas para o usuário, sendo ele um sujeito que possui uma história de vida, “que ocupa um certo espaço social e que age de acordo com seus próprios desejos por razões que fazem sentido para ele ou para ela” (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011, p. 4), o que é muito importante quando falamos de processos de hormonização, por todas as questões já ressaltadas no capítulo anterior.

Diante de tudo isto, concordo com Krüger e Silva (2015) quando pontuam que o profissional farmacêutico, mesmo não estando preconizado na equipe mínima do Processo Transexualizador do SUS (BRASIL, 2013), pode contribuir muito para a melhoria do processo de cuidado ofertado a pessoas trans/travestis, não apenas no âmbito dos ambulatórios especializados como também na atenção primária, trabalhando juntamente às (aos) usuárias (os), e também juntamente a outros profissionais de saúde – em especial com clínicos e endocrinologistas em relação ao uso de hormônios.

Neste sentido, Newsome *et al.*, (2017) discutem o papel de um farmacêutico clínico em uma equipe interprofissional de uma clínica que atende a pessoas trans no sudeste dos Estados Unidos. Como relatam no artigo, o farmacêutico atuava principalmente (1) avaliando o letramento em saúde; (2) discutindo riscos e benefícios da hormonioterapia, bem como propondo regimes alternativos de hormônios que consigam atender às

necessidades e desejos do indivíduo; (3) discutindo possibilidades temporais realistas para alcance dos objetivos relacionados às mudanças físicas, e, assim, trabalhando as expectativas e metas para os usuários de hormônios; (4) gerenciando estratégias de redução de riscos, como cessação de tabagismo, perda de peso, entre outras. Nesta clínica, segundo relatam os autores, o envolvimento do farmacêutico na equipe interprofissional melhorou o acesso e a qualidade dos cuidados às pessoas trans que buscavam atendimento. Como reiteram Cocohoba (2017) e Radix (2017), farmacêuticas podem ter papel essencial na adaptação dos regimes hormonais a nível individual, e ainda sugerem a possibilidade de realização de pesquisas para auxiliar na orientação das decisões clínicas – e, por que não, incorporando como evidências clínicas as experiências e narrativas cotidianas das usuárias de hormônios, como sugeririam similarmente Kelly *et al.* (2015)?

UNIDADE II

UNIDADE II

CAPÍTULO 1: CAMINHOS METODOLÓGICOS

1 Pesquisa qualitativa

Não existem ciências por excelência, não existe um método por excelência, um 'método em si'. Cada investigação científica deve criar um método adequado, uma lógica própria cuja generalidade ou universalidade deve consistir em ser 'conforme com o objetivo (Gramsci, 1977).

A escolha de uma metodologia de pesquisa começa com o delineamento da pergunta central que o estudo procura responder, de acordo com sua capacidade de oferecer compreensão da realidade estudada. Os métodos e a teoria devem ser adequados àquilo que se estuda. Sendo assim, a metodologia escolhida será aquela capaz de fornecer uma base teórico-técnica para que o pesquisador conduza seu estudo e valide o conhecimento produzido (GIBBS e FLICK, 2009; NAVES, 2013).

Ao contrário das aproximações positivistas de metodologias quantitativas, as metodologias qualitativas buscam entender os significados atribuídos pelos sujeitos às suas vivências e ao modo como relacionam este significado ao mundo em que estão inseridos. Portanto, não se busca uma generalização, e sim uma compreensão ampla do fenômeno na perspectiva dos indivíduos que o vivenciam (POPE e MAYS, 2009).

Para Flick e colaboradores (2004), o que, em termos gerais, constitui um atrativo particular para a pesquisa qualitativa é que ela permite uma abordagem mais aberta aos fenômenos sob investigação e, frequentemente, também mais diretamente "envolvida" com o fenômeno do que outras abordagens tradicionais. Ainda para os mesmos autores, a pesquisa qualitativa tem o potencial de abrir-se para o que aparece de novo no material em estudo, e também para o desconhecido no que é aparentemente familiar.

A pesquisa em saúde, tradicionalmente, baseia-se principalmente em métodos quantitativos que buscam testar hipóteses previamente estabelecidas. Porém, uma visão holística dos problemas encontrados no campo da saúde e da clínica apenas pode ser alcançada por meio de uma abordagem que vise investigar a vivência dos sujeitos envolvidos (DUPOTÉY e RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011). Para Minayo (2010), quando

se fala de aspectos relacionados à saúde e à doença, é preciso observar que essas duas categorias possuem uma carga histórica, política, cultural e ideológica que “não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico”. Por isso, o ideal é que abordagens qualitativas complementem abordagens quantitativas no campo da saúde.

Portanto, considerando a complexidade dos objetivos deste estudo, que visa compreender um fenômeno de natureza humana em aspectos relacionados à saúde do sujeito, entendi que seria necessária a condução de uma pesquisa qualitativa. A metodologia escolhida, que será descrita nos próximos tópicos, foi a fenomenologia hermenêutica, tomando-se uma perspectiva feminista.

1.1 Fenomenologia hermenêutica

Neste tópico, evidenciarei aspectos que considero importantes para que se compreenda o porquê de minha escolha pela fenomenologia hermenêutica.

A origem da fenomenologia remonta à filosofia, no fim do século XIX, com o filósofo Edmund Husserl. Husserl procurava solucionar o problema de como objetos, ações e eventos aparecem na consciência do ator (DALY, 2007). Heidegger, discípulo de Husserl, rejeitava a ideia de um sujeito como observador dos objetos, separado do mundo. Dessa forma, para Heidegger, o sujeito é sempre um “ser no mundo”, marcado por temporalidade e historicidade (MACKEY, 2005). É Heidegger quem introduz a posição hermenêutica à fenomenologia, sendo a fenomenologia Husserliana chamada “descritiva” (JOHNSON, 2000).

De acordo com Van Manen (2014), “a fenomenologia hermenêutica é um método de reflexão abstêmia sobre as estruturas básicas da experiência vivida”. A qualidade abstêmia denota que a reflexão sobre a experiência procura se abster de “contaminações” teóricas, polêmicas, emocionais e suposições prévias. O termo hermenêutico denota que a reflexão sobre a experiência deve visar à linguagem discursiva e à interpretação, a fim de tornar possível e inteligível a análise fenomenológica, a explicação e a descrição. Por isto, também é chamada fenomenologia interpretativa.

A epistemologia da fenomenologia está dirigida para uma tentativa de revelar significados relacionados às experiências vividas pelos indivíduos (VAN DER ZALM e BERGUM, 2000); deste modo, o foco da pesquisa fenomenológica está na maneira como os fenômenos manifestam-se por meio da experiência, e o pesquisador visa prover uma descrição desta experiência (KAFLE, 2013), além de interpretá-la (qualidade da fenomenologia hermenêutica). A fenomenologia hermenêutica afirma que não há fenômeno não interpretado (VAN MANEN, 2014).

Segundo Daly (2007), Alfred Schutz desempenhou um papel decisivo na tomada das idéias filosóficas da fenomenologia, levando-as à investigação científica social. Para Schutz (1971), a construção da realidade ocorre em dois níveis: primeiramente, atores individuais interpretam seu mundo cotidiano dentro de um contexto específico de acordo com sua própria história e com o contexto no qual estão inseridos. Em um segundo momento, cientistas observam e registram como estes processos ocorrem e, assim, interpretam e atribuem significados ao observado.

Para Minayo (2010), a fenomenologia sociológica apresenta:

a) Uma crítica radical ao objetivismo da ciência e propõe a subjetividade como fundante do sentido; b) dá relevância à subjetividade como constitutiva do social e inerente ao âmbito da autocompreensão objetiva; c) constitui a descrição fenomenológica como tarefa principal da sociologia.

Uma característica marcante da pesquisa fenomenológica é que ela sempre começa no “mundo-da-vida”, o mundo da atitude natural (BERGER et al, 1979). Para entrarmos no campo da fenomenologia, é imprescindível que se adote o que Husserl chama de *epoché* ou redução fenomenológica, que consiste em

Evitar a afirmação ou o reconhecimento da realidade que está implícita em qualquer atitude natural (...) e em assumir a atitude de espectador interessado apenas em colher a essência dos atos através dos quais a consciência se reporta à realidade ou a significa.
(ABBAGNANO, 1982, p. 82-83).

Isso implica dizer que, ao se aproximar do fenômeno, a pesquisadora deve adotar uma atitude fenomenológica e colocar suas pré-concepções “entre parênteses”, não as deixando interferir na observação do fenômeno. Ao adotar a *epoché*, a pesquisadora está consciente que o que está “entre parênteses” continua subsistindo, mas está suspenso para que seja possível entender o fenômeno tal qual ele se apresenta (DALY, 2007).

1.2 Pesquisa feminista e a fenomenologia hermenêutica feminista

A fenomenologia não busca uma generalização das experiências, mas sim elucidar as várias possibilidades e o contexto em que acontecem (MERLEAU-PONTY, 1999). Contudo, como afirma Minayo (2010, p. 148), “na fenomenologia não existe preocupação com os fenômenos estruturais e há ausência de discussão sobre as questões do poder, da dominação, da força e da estratificação social”. Além disso, o próprio Van Manen (1998) reconhece limitações na maneira como propõe categorias de análise fenomenológica, entendendo que não é possível fazer recortes específicos referentes ao gênero e à forma como a experiência do indivíduo é por ele influenciada.

Dadas as considerações aqui apresentadas sobre a natureza do fenômeno que se pretende investigar, entendo que a fenomenologia por si só não é capaz de fornecer o arcabouço metodológico necessário para seu entendimento. Fui então à procura de trabalhos que propusessem recortes interseccionais a partir de estudos fenomenológicos, e enveredando-me no campo destes trabalhos, encontrei autoras que propunham uma fenomenologia feminista. Esta aproximação se fazia no intuito de permitir a compreensão específica de fenômenos perpassados pelas questões de gênero. James (1997) se questiona: pode uma feminista fazer fenomenologia?

O argumento feminista sugere que a fenomenologia está muito atada a uma visão existencialista do mundo que afirma que as ações humanas são voluntárias e de nenhuma maneira afetada por fatores sociais e culturais, como relações de gênero, raça e classe (...). Em alguns casos, o fato de que os fenomenólogos tradicionais escreveram sobre as experiências vividas sob a ótica masculina, levou à completa rejeição de que a fenomenologia poderia ser apropriada para questões de pesquisa relacionadas ao feminismo. (JAMES, 1997, p. 26, tradução livre).

No entanto, a própria James constrói em seu texto um arcabouço que permite esta aproximação, considerando autoras como Isis Marion Young, que desenvolveu textos fenomenológicos sobre a experiência de mulheres, por exemplo, em seu livro *Throwing Like a Girl* (1990). Proponho, portanto, uma discussão ampliada sobre a perspectiva feminista de pesquisa e como esta se aproxima da fenomenologia hermenêutica.

Para Hesse-Biber (2012), comprometer-se com a teoria e a práxis feminista, significa desafiar um conhecimento excludente, ao mesmo tempo em que se tenta promover a inclusão. Segundo essa autora, a pesquisa feminista faz “novas” questões que coloca as vidas das

mulheres e demais grupos marginalizados no centro da pesquisa social, buscando romper com as formas tradicionais de conhecimento para criar novos significados.

As feministas buscaram novas epistemologias do conhecimento incorporando as experiências, emoções e sentimentos no processo de construção do conhecimento. A epistemologia do ponto de vista feminista toma emprestadas as ideias Marxistas e Hegelianas de que as atividades cotidianas ou materiais e as experiências vividas dos indivíduos estruturam suas compreensões sobre o mundo social (HESSE-BIBER, 2012).

Para James (1997), a pesquisa feminista não é um método em si, mas sim uma espécie de consciência e posicionamento frente à pesquisa. Assim, o interesse na experiência vivida na vida cotidiana, com atenção dedicada à escuta de quem vivencia as experiências de interesse, validando-se as interpretações da experiência e apresentando os resultados finais na forma de uma escrita evocativa – características da pesquisa fenomenológica (VAN MANEN, 2014) – parecem congruentes com temas recorrentes dentro da perspectiva da pesquisa feminista (JAMES, 1997). Além disso, para estes mesmos autores, na fenomenologia há um relacionamento muito próximo entre pesquisador e pesquisa, formando fortes relações inclusive com os indivíduos pesquisados. Este também parece ser um ponto de intersecção entre a pesquisa feminista e a metodologia da fenomenologia (JAMES, 1997).

A fenomenologia compartilha com a análise feminista um compromisso com a busca por um embasamento na experiência vivida, assim como em revelar a maneira como o mundo é produzido por meio dos atos constituintes de experiências subjetivas (BUTLER, 1988, p. 522).

Torna-se possível, por meio da teoria feminista, analisar fenômenos de maneira interseccional, direcionando o olhar para as experiências vividas por meio de uma análise que compreenda a interligação dos efeitos de opressão produzidos por raça, classe, gênero, sexualidade e outros sistemas de inequidade, destacando que as estruturas de desigualdade são constituídas mutuamente, e desafiando, assim, a separação em categorias discretas de análise (DILL e KOHLMAN, 2012).

Na perspectiva da fenomenologia feminista, segundo Johnson (2012), Henry Rubin sugere que a fenomenologia fornece uma estrutura para a pesquisa da transexualidade, reconhecendo a agência do indivíduo trans.

A fenomenologia reconhece a agência de sujeitos que se mobilizam em torno de sua imagem corporal para sustentar seus projetos de vida. O método fenomenológico trabalha para nos devolver a agência como sujeitos e devolver autoridade às nossas narrativas. Isso justifica um foco em auto-relatos de indivíduos transexuais como um meio de construção de conhecimento contradiscursivo. (RUBIN, 1998, p. 271, tradução livre).

Acima de tudo, a fenomenologia compromete-se a tratar a experiência vivida como uma forma legítima de conhecimento (...). A subjetividade trans é muitas vezes deslegitimada, portanto não se trata de um pequeno compromisso propor um estudo fenomenológico das identidades trans (...). A fenomenologia parece adequada para esta tarefa, tanto como uma linguagem acadêmica com força explanatória como também como uma estrutura capaz de compreender os projetos de vida das pessoas trans.

(RUBIN, 1998, p. 272, tradução livre).

Assim, para atingir os objetivos deste trabalho, a fenomenologia hermenêutica, sob uma perspectiva feminista foi considerada a metodologia mais adequada.

CAPÍTULO 2: MÉTODOS

De acordo com Minayo (2010), o processo de definição da amostra qualitativa leva em conta alguns critérios, dentre os quais:

a) deve permitir diferenciações internas e de homogeneidades; b) assegurar que a escolha contenha o conjunto de experiências e expressões que se visa estudar na pesquisa; c) privilegiar os sujeitos sociais que possuem experiência com o fenômeno que o pesquisador deseja conhecer. (Minayo, 2010)

Para atingir os objetivos deste trabalho, conversamos com 5 mulheres trans e travestis que faziam uso hormônios, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- uso de hormônios por pelo menos 6 meses (atual ou no passado);
- pessoas que aceitem participar voluntariamente das entrevistas e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

A identificação de possíveis participantes foi feita em redes de sociabilidade diversas. Foram feitos contatos com possíveis entrevistadas de minha rede de contatos, que poderiam ser convidadas à pesquisa e também sugerir pessoas que pudessem interessar-se em participar da pesquisa. Também realizei contato com profissionais de serviços de saúde que pudessem identificar e captar mulheres trans/travestis/pessoas transfemininas interessadas na pesquisa. Em um primeiro momento, convidei-as a participar de minha pesquisa, explicando a questão de interesse do trabalho e as condições de realização das entrevistas. Com aquelas que concordaram em participar, foram agendadas as entrevistas.

Para a coleta de dados, foram realizadas, primeiramente, entrevistas semiestruturadas. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, utilizando-se um tópico-guia pré-estruturado (Apêndice C) contendo perguntas gerais e específicas focadas nas áreas de interesse do estudo. A entrevista semiestruturada tem como característica a utilização deste roteiro, que guia a pesquisadora. Trata-se de um apoio na sequência das questões, de maneira a assegurar que todos os objetivos da entrevista serão abordados na conversa com a entrevistada. No entanto, a entrevista semiestruturada também permite certa flexibilidade para adaptar as perguntas às respostas apresentadas, e ao rumo que

a conversa toma ao longo da entrevista (DALY, 2007; MINAYO, 2010). A entrevista fenomenológica é utilizada como um meio de explorar as experiências dos entrevistados. Van Manen (2014) recomenda que sejam conduzidas em ambientes informais e naturais às entrevistadas. Portanto, as entrevistas foram realizadas em locais e horários estabelecidos de acordo com a conveniência das e dos participantes.

Um questionário socioeconômico (Apêndice B) também foi elaborado para a pesquisa contendo questões fechadas. Estas perguntas não foram feitas diretamente. Na medida em que as entrevistas foram acontecendo, foi possível captar grande parte das informações. Apenas as faltantes ao final da entrevista foram diretamente questionadas.

Para este trabalho, mantive desde o início da pesquisa um diário onde registrava informações relacionadas às entrevistas, comportamentos, detalhes, gestos das entrevistadas que não forem possivelmente identificadas nas gravações. Além disso, registrei observações realizadas em eventos dos quais participei, discussões cotidianas e organizações de eventos relacionados à temática, onde estive convivendo com especialistas de diversas áreas profissionais e pessoas trans.

Muitos pesquisadores mantêm um diário ou um caderno de notas no qual registram suas ideias, discussões com colegas, noções sobre o próprio processo de pesquisa e qualquer outra informação pertinente ao processo como um todo e à análise de dados. Essa é uma boa ideia para qualquer pesquisador em qualquer etapa do caminho. Para alguns, o diário é um documento muito pessoal e reflete sua própria "trajetória" ao longo da pesquisa. Para outros, é um documento muito mais amplo, mais como o que alguns chamam de diário de campo ou diário de pesquisa, que inclui um comentário cotidiano sobre os rumos da coleta de dados e percepções, ideias e inspirações sobre a análise. GIBBS e FLICK, 2009, p. 45

Nos encontros com as entrevistadas, esclareci novamente os objetivos do estudo e realizei a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que explica sobre o anonimato e sigilo dos dados, a voluntariedade da participação, entre outras informações importantes recomendadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Expliquei ainda às participantes a necessidade de se fazer a gravação das entrevistas para análise posterior das informações – que só foram gravadas após consentimento das entrevistadas.

O número de participantes em uma pesquisa qualitativa define-se pela quantidade e qualidade de informações coletadas de cada um dos entrevistados. Para Van Manen

(2014), na pesquisa fenomenológica, não há uma busca por repetições ou padrões. O objetivo é que o pesquisador obtenha relatos experienciais com riqueza suficiente para se produzir um bom texto fenomenológico. Ao invés de procurar a repetição das informações, como muitas pesquisas qualitativas que buscam por meio do conceito de saturação de dados, aqui o interesse era pela unicidade das experiências e os detalhes da descrição.

À medida em que as entrevistas acontecem e os quadros sociais vão tomando forma, repetindo-se e ao mesmo tempo diferenciando-se de acordo com a forma como cada entrevistada experimenta as questões vivenciadas, os questionamentos vão-se modificando: assim, a pesquisa foi tomando direções mais concretas e o momento de interromper as entrevistas foi determinado.

O primeiro passo para a análise dos dados foi transcrição *verbatim* das entrevistas e do diário de pesquisa. Após a transcrição, dei início ao processo de análise temática fenomenológica, conforme descrito por Van Manen (2014), que se dá em três etapas:

- 1) Leitura holística: leitura integral do texto da entrevista (e escuta do áudio gravado) em busca de um significado eidético¹³ para o conteúdo.
- 2) Leitura seletiva: leitura repetida do texto, na qual a pesquisadora deve se perguntar quais frases da entrevista mostram-se particularmente essenciais sobre a experiência que está sendo descrita. Estas frases devem ser destacadas em busca de uma compreensão do significado fenomenológico por meio da sua categorização em expressões temáticas.
- 3) Leitura detalhada: leitura linha-a-linha, na qual a pesquisadora deve questionar-se sobre o significado de cada frase em relação ao fenômeno ou experiência que está sendo descrita. Tenta-se, novamente, identificar expressões temáticas como se apresentam no texto.

Embora apresentada desta forma, os processos de análise não ocorrem em níveis rigorosamente definidos, e estes conversam entre si. É uma tarefa complexa e contínua,

¹³ O termo eidético aqui refere-se à busca pela essência do fenômeno (VAN MANEN, 2014).

na qual foi necessária a imersão em um processo reflexivo e criativo constante para encontrar categorias temáticas que representassem a essência do fenômeno descrito pelos sujeitos entrevistados. Embora o termo essência remonte a uma conotação negativa, – de essencialismo – para Husserl a essência representaria aquilo que articula um “sentido fundamental, sem o qual o fenômeno não poderia se apresentar tal como ele é: uma identidade constante que contém as variações que um fenômeno é capaz de sofrer” (GIORGI, 2014).

Diz-se que se trata de um processo iterativo, de leitura e releitura extensiva, além de ser fundado em um processo de escrita reflexiva constante (VAN MANEN, 2014).

Além da análise temática, também procedi com a escrita de memorandos e reflexões sobre os dados, de maneira a organizar melhor as categorias temáticas encontradas.

CAPÍTULO 3: CREDIBILIDADE E ÉTICA NA PESQUISA

1 Credibilidade de um estudo fenomenológico

De acordo com Van Manen (2014), uma das primeiras maneiras de se garantir a aceitabilidade de um estudo fenomenológico é a utilização, pela pesquisadora, da redução eidética, que é acompanhada pela *epoché*, princípios que guiaram a realização deste estudo.

O primeiro passo para que a redução seja atingida é o posicionamento da pesquisadora, situando suas vivências para que ocorra uma reflexão sobre como estas podem influenciá-la na interpretação dos dados obtidos na pesquisa. Este é um processo que deve ocorrer em todas as etapas do trabalho – e, além disso, aparece a todo momento no texto deste trabalho.

Munhall (1994) fala sobre o *phenomenological nod*, que seria uma descrição vívida da experiência que provê ao leitor “uma sensação de que verdadeiramente experienciar o fenômeno”. É uma aproximação sobre a credibilidade do estudo. Para alcançar o *phenomenological nod*, procurei descrever os resultados por meio de uma escrita evocativa fiel aos dados fornecidos pelas entrevistadas.

Van Manen (2014) apresenta perguntas que devem ser feitas ao se avaliar a qualidade de um estudo fenomenológico: o estudo é baseado em uma pergunta fenomenológica válida? Como exemplifica o autor, a pergunta da pesquisa fundamenta-se na tentativa de entender uma experiência humana? Neste sentido, este estudo traz uma pergunta que busca entender como as mulheres trans e travestis experienciam o uso de hormônios no processo transexualizador, pergunta que encaixa-se nas recomendações do autor. O autor ainda sugere uma aproximação mais estética em relação à credibilidade: uma descrição rica e aprofundada da experiência narrada por aqueles que vivenciam o fenômeno deve ser fornecida no estudo. Neste sentido, as gravações das entrevistas e anotações em diário de pesquisa são a base para a credibilidade na pesquisa. Além disso, a análise iterativa dos dados baseada na escuta e leitura repetida das entrevistas foi crucial para este processo.

2 Aspectos éticos

Este projeto preserva todos os aspectos éticos das Resoluções 466/12 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde. Dados como o nome das e dos participantes, dentre outros, foram substituídos por nomes à escolha das entrevistadas no momento do armazenamento dos dados. Providências serão tomadas para que não haja risco de quebra de sigilo das informações sobre as e os participantes do estudo, a fim de cumprir rigorosamente o princípio de confidencialidade. Os questionários socioeconômicos contendo os dados coletados sobre as participantes, bem como as gravações das entrevistas, estão mantidos em local seguro e estarão disponíveis apenas para a equipe envolvida na pesquisa por um período máximo de cinco anos.

No momento do convite para participação na pesquisa, as intenções do estudo foram esclarecidas. No momento da entrevista, as e os participantes receberam o TCLE, que foi lido pela pesquisadora em voz alta antes da realização da entrevista. Expliquei questões que possam emergir dúvidas e solicitei a assinatura do documento caso houvesse concordância da ou do participante em relação à participação. No caso deste trabalho, não solicitei que as entrevistadas assinassem com seus nomes de registro, e sim que utilizassem seus nomes sociais, a fim de preservar e respeitar suas identidades. A gravação da entrevista somente aconteceu mediante autorização da participante.

A pesquisa inclui-se no projeto guarda-chuva aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº25780314.4.0000.5149.

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III: HISTÓRIAS COMPARTILHADAS, NARRATIVAS TECIDAS

1 As vozes que aqui nos falam

Dandara escolheu o nome pelo qual seria identificada neste trabalho como uma homenagem a Dandara dos Santos, travesti cearense que foi assassinada com requintes de crueldade em 2017. Reconhece-se como uma mulher trans, é parda, tem 31 anos e, à época da entrevista, trabalhava como secretária. Foi selecionada para este trabalho em um edital de ação afirmativa para pessoas trans. Acredita em Deus, embora negue ter alguma religião. Segundo seu próprio relato, já se entendia “diferente dos meninos” desde criança. Aos 12 anos, contou à sua mãe que não gostava de vestir “roupas de menino”, e então, com a ajuda de suas amigas trans mais velhas, começou a se hormonizar. Saiu de casa pela primeira vez aos 15 anos devido à violência que sofria por parte de seu padrasto. Voltou aos 18 a pedido de sua mãe, porém saiu nova e definitivamente após uma nova violência de seu padrasto. Contou-me já ter morado em Belo Horizonte, Contagem, São Paulo, Campinas, Rio de Janeiro, Bom Despacho, Nova Serrana, Ponte Nova, Betim, Ibirité... Parte devido a seu trabalho na prostituição, parte porque morava com amigos que a acolhiam temporariamente. Hoje reside na região oeste de Belo Horizonte com um amigo que, segundo me contou, resgatou-a quando ela estava em depressão ainda na prostituição. Embora tenha saído de casa ainda adolescente, conseguiu concluir o ensino médio e hoje estuda em um cursinho para prestar ENEM. “Ser médica é meu sonho de infância”, ela me conta. Diz ter desistido desse sonho por muito tempo, “achava que seria impossível na minha condição”, porém no dia da entrevista, me contou: “Vai ser um caminho com muitos espinhos pela frente pra mim, mas eu vou tentar. Vou tentar! E se eu conseguir eu vou fazer história aqui nessa faculdade de medicina da UFMG”.

Ágatha tem 22 anos e trabalha em salão de beleza. “Mexo com sobrancelha, maquiagem, unha, só não com cabelo”, ela me contou. Escolheu o nome Ágatha para ser identificada neste trabalho por ser o nome que utilizava antes de utilizar seu nome social atual. Preferiu não identificar sua etnia, é católica e nascida em Belém do Pará, onde ainda reside sua família. Interrompeu seus estudos na oitava série. Iniciou o uso de hormônios em segredo com a ajuda de um amigo gay aos 15/16 anos, ainda residindo com seus pais. Seu pai jamais poderia descobrir sobre os hormônios, ela me conta.

Relata ter tido uma relação delicada em especial com o pai quando se revelou trans. Ainda em Belém, conheceu uma pessoa que lhe ofereceu uma oportunidade de trabalho em São Paulo. Mudou-se então para São Paulo, onde começou a trabalhar como profissional do sexo morando na casa de uma cafetina. “Eu aprendi a viver, eu aprendi a me cuidar sozinha, não depender da minha família” neste período, ela me conta. Voltou para Belém após 8 meses quando sua cafetina foi presa, e então conheceu seu atual companheiro com quem veio para Belo Horizonte. Após seis meses desempregada, conseguiu seu emprego atual, onde já trabalhava há quase 4 anos à época da entrevista. Reside com seu companheiro na região nordeste de Belo Horizonte.

Yolanda, 24 anos, escolheu o nome pelo qual seria identificada neste trabalho por ser este o nome que sua mãe pretendia chama-la caso ela tivesse sido designada mulher ao nascimento. Agnóstica, branca e natural de São Paulo, mudou-se para Belo Horizonte com sua família na adolescência. Iniciou o uso de hormônios aos 16 anos, ainda em São Paulo, com a ajuda de uma travesti mais velha que conhecia, e que morava com várias outras travestis que eram também auxiliadas por ela na hormonização. Reside com seus pais em um bairro da região noroeste de Belo Horizonte. Contou-me que “sua família é seu pai e sua mãe”, com quem mantém um bom relacionamento atualmente. À época da entrevista estava desempregada já há pouco mais de 1 ano, após ter sido despedida de um emprego no qual atuava como secretária. Alguns meses depois de nossa conversa recebeu uma oferta de “bicos” em alguns fins de semana.

Sofia também escolheu seu nome por ser este o nome que sua mãe lhe daria caso ela tivesse sido designada mulher ao nascimento. Tem 21 anos, reconhece-se como mulher trans (embora diga não fazer muita diferenciação, podendo também denominar-se travesti), é ateia e se considera amarela. Viveu até os 16 anos em uma pequena cidade de 10 mil habitantes no interior de Minas Gerais, quando se mudou para Belo Horizonte para morar na casa de seu pai. Relata ter bom relacionamento com boa parte de sua família, incluindo seu pai que, embora não a tenha apoiado, respeita a forma como ela se identifica. Iniciou o uso de hormônios aos 19 anos, encorajada por amigos e após uma conversa com sua tia. À época da entrevista trabalhava como secretária no escritório de seu pai, no centro de Belo Horizonte, e fazia cursinho para prestar a prova do ENEM.

Sônia não quis escolher um nome para identificação no trabalho. Pediu-me que mantivesse seu nome para que pudesse ser identificada. Para ela, é importante contar sua história e que a pessoa que lê saiba quem está falando naquela entrevista. Tem 62 anos, identifica-se como uma mulher trans, considera-se parda e é adepta ao espiritismo. Nasceu e cresceu em uma pequena cidade no leste de Minas Gerais, próxima ao Espírito Santo. Interrompeu seus estudos antes de concluir o ensino fundamental. Na cidade em que morava, aos 16 anos, em 1972, iniciou o uso de hormônios sob recomendação de seu namorado da época. Posteriormente mudou-se para Vitória, no Espírito Santo, onde trabalhou como profissional do sexo. Percorreu diversas cidades do Espírito Santo, além de várias cidades em Minas Gerais até chegar a Belo Horizonte, além de ter passado também pela Bahia, Distrito Federal, Florianópolis e algumas cidades na Europa. Durante algum tempo, viveu (na Europa e no Brasil) em situação de rua. É HIV (vírus da imunodeficiência adquirido) positiva desde os anos 1990. Hoje, declara-se uma ativista pelas causas trans, pela população em situação de rua, pelas pessoas HIV positivas e idosas. Diz ser chamada por alguns de “militante das causas impossíveis”. “Eu sou aquela pessoa que transita em todas as questões. Tô na população de rua, mas eu tô trabalhando saúde, prevenção, redução de danos, dignidade, gênero... Então eu cutuco tudo dentro de um lugar só”, ela me conta. Foi a primeira mulher trans a conquistar o direito de residir em um abrigo feminino em Belo Horizonte. Hoje, milita também pelo acolhimento digno às travestis e pessoas trans idosas. À época da entrevista, morava junto de sua irmã, na região do Barreiro, em Belo Horizonte. Hoje, mora em uma ocupação urbana na região centro-sul da cidade.

2 Saber-se como se é: um corpo que (re)começa a ser produzido

O natural é uma pose difícil de ser mantida (Oscar Wilde).

“Perceber-se trans” é um processo diverso. Enquanto algumas relatam perceber-se “femininas” desde a infância, como é o caso de Dandara – que relata já se saber mulher desde os 5 anos de idade – outras relatam uma compreensão mais tardia sobre o seu gênero. O saber de si perpassa variadas questões, sendo uma delas que a possibilidade de se nomear advém de um conhecimento acerca do campo de possibilidades do ser. Ninguém pode nomear-se como algo que desconhece. Além disso, romper as fronteiras do gênero como socialmente estruturadas e entender-se fora da construção binária não é algo que acontece dentro de um padrão ou regra.

Para algumas, o saber-se trans envolve reconhecer-se, desde a primeira infância, fora dos padrões sociais do gênero designado ao nascer. É comum a narrativa que afirma “sempre gostei de brinquedos de menina”, “sempre gostei de vestir roupas de menina”, como apresentam também Acosta (2016) e Brasil (2015). As ficções da feminilidade e masculinidade atravessam algumas das narrativas da construção da identidade transexual.

Eu já me identificava como trans desde novinha, assim, lembro com meus 4, 5 anos, eu já num gostava de misturar com menino, não gostava de brinquedos de menino, gostava de boneca, gostava das roupas das meninas, que as meninas usavam.... Eu queria usar também... E nesse início, minha mãe não compreendia, né? Ficou assim muitos anos, assim, até meus 12 que foi um dia em que eu cheguei pra minha mãe e falei que eu não gostava de vestir roupa de menino, e que eu me enxergava como menina, e que dali pra frente eu iria vestir só de menina. (Trecho de entrevista com Dandara).

Anuncia-se, nesta narrativa, algo que destoa das experiências pré-determinadas para a criança que foi designada menino ao nascer. A construção das identidades de gênero é atravessada por experiências de escolarização dos corpos, produzindo experiências possíveis ou não para a masculinidade e a feminilidade (BRANDÃO, 2016; GOMES DE JESUS, 2014). Forja-se, assim, uma suposta linearidade e coerência para as performances de gênero (BUTLER, 2016). A partir disso, são indicados supostos “desvios” de comportamento para aquelas crianças que se comportam de maneira diferente da esperada (LOURO, 1997).

No entanto, essa narrativa não é homogênea. Há experiências destoantes, há, por exemplo, neste trabalho, relatos de quem tenha “se percebido” trans apenas na fase final da adolescência ou até início da idade adulta, sem que algum comportamento específico da infância a fizesse despertar para tais “diferenciações”.

No caso de Sônia, ela conta, vivendo em uma cidade de interior de Minas nos anos 1970, o fluxo de informações à época era muito diferente do atual. Aparecem, na fala de Sônia, as confusões com a homossexualidade e, ainda, o peso que a religião e o medo tiveram em suas decisões. Ela relata que, ao se alistar, aos 17 anos, teve esperança de que o exército a “salvasse”.

Mas eu tinha esperança de que o exército pudesse salvar eu da homossexualidade. Porque eu nunca me via como um gay, eu me via com um objetivo de ser mulher mesmo. Mas também por causa da minha família, eu achava que era um pecado e que o exército que ia me salvar... O “orações para Bobby” [filme] vai explicar muito bem aqui o que eu passei e o que muitas pessoas passam (...). Então, eu me libertei desse medo, né, libertei, mas eu me arrisquei pro inferno (risos) e fui tomar meus hormônios. Fui lá tirar a sobrancelha, furar minha orelha, isso aos 17 anos, após eu dar meu grito de liberdade mesmo. Foi a grande vitória. (Trecho de entrevista com Sônia).

Sônia conta que se entender trans foi um processo de libertação. Produzir um novo corpo e novas performances que se adequassem às expectativas de feminilidade, a partir daí, entra em questão. O relato de Sônia se repete em outras narrativas: fazer a sobrancelha, furar as orelhas, depilar-se – narrativas estas também descritas em outros trabalhos, como também o de Hélio Silva (2007) e Marcos Benedetti (2005). Assim iniciam-se as transformações de um corpo que vai se moldando. Neste momento, para aquelas que escolhem utilizar os hormônios – foco deste estudo, e, portanto, para todas as entrevistadas – entram em jogo estas sofisticadas tecnologias de produção de corporalidades. No caso das entrevistadas deste trabalho, o início do uso de hormônios se deu entre os 12 e os 19 anos de idade (média de 16 anos), demonstrando como as intervenções corporais iniciam-se muito cedo em grande parte das vezes, o que já foi demonstrado por outros trabalhos.

Eu acho que mesmo uma pessoa que tenha dinheiro e possa entrar numa clínica e fazer todas as cirurgias de transição. Mas sem o hormônio, ela num vai ter um resultado satisfatório. O hormônio ainda é a chave do objetivo de uma pessoa pra adquirir sua identidade. (Trecho de entrevista com Sônia).

Alinhada à fala de Sônia, nos trabalhos de Pelúcio (2009) e de Hélio Silva (2007) aparecem falas similares, como uma interlocutora que afirma categoricamente: “Não tem travesti sem hormônio” (SILVA, 2007, p. 170). A escolha pelos hormônios passa por entendimentos como os que Sônia narra. É recorrente o relato de que hormônios são a chave para alcançar as modificações corporais almejadas – e, por consequência, a identidade almejada, como ela relata. A relação entre corpo e identidade é discutida por Bourdieu. Para o autor, o corpo é onde estão situados os principais arranjos de assimilação do mundo. De acordo com Cordeiro (2011), é por meio da sua aparência que o sujeito pode visibilizar sua identidade; “o sujeito existe porque existe um corpo capaz de responder a uma construção identitária” (CORDEIRO, 2011, p. 25). Como discute Benedetti (2005), o corpo para a pessoa trans/travesti é uma linguagem: é nele que se materializam os significados do feminino e do masculino, e é nele que ocorre a produção dos sujeitos.

A questão “por que você escolheu usar hormônio” é sempre acompanhada por uma resposta similar a “porque eu queria ficar mais feminina”. Muitas vezes referenciando-se em outras travestis/mulheres trans mais velhas, a ideia do início do uso dos hormônios parte de uma expectativa de alcançar os caracteres físicos vistos em outras que já se hormonizavam – como relata Yolanda no trecho abaixo.

(...) Numa casa, e tinha várias travestis (...). Isso em São Paulo... E aí eu via elas aplicando, né, que no caso era Perlutan. E aí eu via que elas já tinham seios, né, tinham seios formados, e tal. E aí eu gostei, eu olhei e falei: ah, eu quero isso pra mim. (Trecho de entrevista com Yolanda).

Uma das questões que atravessam a busca pela feminização do corpo é a busca por enquadrar o corpo em padrões de inteligibilidade social. Um corpo ainda não “feminizado” em traços e contornos, mas que performa feminilidade (seja por meio de trejeitos, roupas, maquiagens, entre outros), está sujeito a sofrer ainda mais violência. O relato de meu diário de campo em uma conversa com Dandara traz esta perspectiva.

Em uma conversa informal com Dandara, ela me contava que uma pessoa a procurou em seu local de trabalho dizendo ter finalmente compreendido ser uma mulher trans depois de conhecê-la. A pessoa disse a ela que a partir de agora se vestiria com roupas ditas femininas e que iria se assumir trans. Dandara me contou que imediatamente proibiu que ela assim o fizesse: “eu disse, você tem primeiro que tirar essa barba, deixar o cabelo crescer e usar hormônio. Aí sim, quando você finalmente estiver um pouco mais feminina, pode usar roupa feminina. Assim desse jeito aí, se você só colocar roupa de mulher, você vai morrer, você vai levar uma pedrada ali na esquina”. (Trecho de diário de campo).

Como afirma Bento (2006), a linguagem do “corpo-sexuado” fala por meio de roupas, acessórios, cores. “Se o corpo é plástico, manipulável, operável, transformável, o que irá estabilizá-lo na ordem dicotomizada dos gêneros é sua aparência de gênero” (Bento, 2006, p. 162). De acordo com a autora, a utilização de roupas e acessórios não é significada apenas como algo do âmbito do “gosto pessoal”. Isto porque a interpretação se vincula primariamente às normas generificadas que determinam quais são as possíveis maneiras de se “cobrir” os corpos (por meio de vestes “femininas” se aquele é o corpo designado feminino, e por meio de vestes “masculinas” caso se trate de um corpo designado masculino”). A partir deste entendimento, se um corpo designado masculino, como era o caso da pessoa que conversava com Dandara em seu relato, veste-se com roupas ditas femininas, esta pessoa não se enquadra, portanto, na matriz de inteligibilidade do gênero. Um corpo que não encontra reconhecimento nas normas binárias cisheteronormativas é um corpo mais exposto à violência social (VERGUEIRO, 2015). Na ótica de Dandara, é preciso assujeitar-se aos ideais de inteligibilidade do gênero, moldando o corpo e seus contornos aos moldes “cispassáveis” para que então seja possível performar o gênero da maneira como o indivíduo se referencia – assim, o indivíduo estará sujeito a menor nível de violência em decorrência de sua identidade. Nesse contexto, os hormônios assumem papel chave: são eles quem vão primariamente modificar contornos e formas corporais, reduzir os pelos corporais, incluindo barba (BENEDETTI, 2005) para que assim o corpo se encontre com os padrões de possibilidades normatizadas.

Segundo Bento (2006), de acordo com a teoria da performance, a construção dos sujeitos passa por suposições e expectativas que moldam suas ações. Quando falamos de gênero, atos e práticas são repetidos visando à reprodução de modelos (ficcionais, uma vez que construídos socialmente forjando-se a naturalidade) que são tomados por verdadeiros dentro dos ideais de cada um dos gêneros. Todas as questões aqui apresentadas até o momento, – e outras que ainda serão apresentadas – se, de alguma forma, vão ao encontro de representações estereotipadas do gênero feminino, é por que guardam uma relação com a necessidade de encontrar alguma referência que valide suas experiências como legítimas dentro do gênero que se identificam. Todos os sujeitos viventes na sociedade moderna têm – em maior ou menor intensidade – introjetados valores socialmente referenciados sobre o que é “ser mulher” ou “ser homem” (no caso

aqui tratado, dentro de referenciais ocidentais). Sendo assim, Bento (2006) traz a questão: quando indivíduos se entendem/autodefinem como trans, quais serão as performances que precisarão modificar para que possam ser aceitos como pertencentes ao gênero de identificação?

Se o gênero é, como afirma Preciado (2014), prostético, os hormônios são tecnologias capazes de “recriar a natureza” e fabricar o gênero – tanto em se tratando de seu uso por pessoas cis como por pessoas trans. São os “dispositivos de controle corporal comestíveis”, as pílulas, aquelas que, ao serem ingeridas, tomam a forma do corpo – processo que Preciado denomina “produção farmacopornográfica de ficções somáticas de feminilidade e masculinidade”.

3 O caminho até os hormônios

Com 16 anos eu comecei a tomar os comprimidos de Anacilin. Porque eu tive um namorado na roça que ele apaixonou por mim, eu era, ainda não tinha feito a transição, mas eu já tinha minha vida sexual ativa. E ele começou, "esses remédio vai te deixar muito bonito, vai te ajudar nos cabelos, na pele...", e eu, mas assim, a hormonização mesmo constante eu comecei aos 17 anos (...) em 1974, quando eu iniciei mesmo minha transição. É, eu comecei copiando as minhas amigas, eu cheguei em vitória do espírito santo né, e encontrei algumas pessoas que já estavam hormonizadas (...). (Trecho de entrevista com Sônia).

Y: Bom, eu comecei com 16 anos... Hoje eu tenho 24... são quase 8, ne, 8 anos de hormonização. Eu comecei através de uma conhecida mais velha, ne, que tomava, e tinha esse cara lá... numa casa, e tinha varias travestis.. E esse cara tipo bancava as travestis, as travestis eram de rua, tudo... tinha sido mandado embora....

E: Isso vc ja morava aqui em BH?

Y: Não, isso em São Paulo... E aí eu via elas aplicando, né, que no caso era perlutan. E ai eu via que elas ja tinham seios, ne, tinham seios formados, e tal. E aí eu gostei, eu olhei e falei: ah, eu quero isso pra mim. Ai foi minha primeira aplicação. Ai eles foram lá na farmácia e compraram, esse mesmo cara aplicava nas meninas, sabe? E ai foi dai que eu comecei. Ai a gente foi tomando esse ciclo 21, de farmácia mesmo, era mais baratinho. Eu não tinha noção de nada que eu tava fazendo, que que aquilo ia poder causar ne, no meu corpo... eu não tinha noção.. Eu só via o corpo delas e falava: quero ficar assim. Então foi assim que eu comecei. (Trecho de entrevista com Yolanda).

A porta de entrada para os hormônios, como relatam as entrevistadas nas falas supracitadas, frequentemente são as travestis/mulheres conhecidas mais velhas, já mais experientes, ou até mesmo de namorados/amigos gays, como foi o caso de Sônia e de Ágatha. Os conselhos e orientações destas pessoas são guias cruciais no processo inicial de hormonização. Tal narrativa parece ser uma vivência comum à experiência com hormônios, como também é relatado em outros trabalhos (GALINDO, VILELA e MOURA,

2012; PELÚCIO, 2009; SANTOS, 2012; BENEDETTI, 2005). Com a experiência das mais velhas, aprendem, inicialmente, qual hormônio apresenta o melhor efeito de acordo com o que esperam obter de modificação, quais as melhores doses, quais os riscos e como evita-los.

Como Yolanda relata, muitas conseguem obter com facilidade não apenas os hormônios, como também dicas sobre o uso de hormônios com farmacêuticas (os)/funcionárias (os) da farmácia.

A aplicação, por exemplo, no começo quando eu comecei a perlutan, não sei aqui, lá em SP na periferia, né, eu conseguia aplicar nas farmácias, eles cobravam tipo 1 real. E aplicava. Aqui eles já não aplicam. Você tem que comprar, mas... eu nunca vi uma menina aqui que falou que conseguiu aplicar em farmácia. Porque também tem uma burocracia, né? não é assim tão simples. Mas assim, farmácia de periferia deve ter uma ou outra que faz. Lá em SP fazia. Tanto é que às vezes tinha fila de travesti pra tomar perlutan. E aí eu achava bem mais tranquilo. Porque o cara aplicava lá bonitinho e pronto acabou. A gente já fica toda torta... (Trecho de entrevista com Yolanda).

Um relato destoante em relação ao início do uso de hormônios é o de Sofia. Ao contrário das outras entrevistadas, Sofia relata que, à época em que resolveu se hormonizar, procurou inicialmente um médico – aconselhada por uma tia. Então, procurou um médico de seu plano de saúde, porém este disse não ter “condições de ajudar” – questão que será melhor discutida nos próximos capítulos deste trabalho.

Aí eu cheguei lá, ele falou comigo que não tinha condições de me ajudar, que ele não estudou, que não tinha preparação pra isso... (risos) Aí eu pensei: se um médico que é um médico, estudou sei lá quantos anos de medicina, se especializou em endocrinologia.. Se ele não pode me ajudar, quem que pode? (Trecho de entrevista com Sofia).

Em relação à experiência de Sofia, após ter ido ao endocrinologista que lhe negou cuidado, ainda assim resolveu procurar o ambulatório especializado que lhe disseram existir no Hospital das Clínicas da UFMG¹⁴. Porém, este ambulatório nunca foi aberto,

¹⁴ À época do início da hormonização de Sofia – e à época da entrevista – Belo Horizonte ainda não contava com nenhum ambulatório especializado para atendimento à população trans e travesti. Apenas em 23 de novembro de 2017, foi inaugurado o ambulatório estadual da rede FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais), primeiro ambulatório de Belo Horizonte de atenção especializada no processo transexualizador. (Fonte: <http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/banco-de-noticias/por-assunto/162-materias-institucionais/4254-fhemig-inaugura-primeiro-servico-ambulatorial-de-atencao-especializada-no-processo-transexualizador-da-saude-publica-estadual>).

embora fosse planejada sua abertura. Sem saber como procurar ajuda, resolveu estudar por conta própria sobre como devia tomar hormônios.

4 Acesso à saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, nascido da aliança entre elite intelectual e o movimento social organizada na chamada “Reforma Sanitária”, representou um passo fundamental para a universalização do acesso à saúde no país. O SUS é fundado em diretrizes de universalidade, integralidade e equidade. Não obstante, ainda apresentam-se enormes desafios para que consigamos de fato atingir os objetivos propostos quando de sua criação e regulamentação (PAIM, 2009)

No tocante à equidade, esses desafios tornam-se evidentes quando falamos de minorias políticas historicamente discriminadas (ALENCAR ALBUQUERQUE *et al.*, 2016; BRASIL, 2015; KALCKMANN *et al.*, 2007; LIONÇO, 2009). Para Paim & Silva (2010, p. 3) “a noção de equidade admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade”. Apesar da existência de políticas e programas governamentais que buscam fornecer diretrizes para o fomento do acesso e do cuidado equânime a todas as populações, considerando as especificidades dos diversos grupos sociais – a exemplo das Políticas Nacionais de saúde LGBT, das mulheres, indígena, população negra, entre outras – na prática observa-se que ainda existem vários obstáculos no tocante à efetividade no cumprimento destas diretrizes (MELLO *et al.*, 2011).

Como afirmam Lima & Cruz (2016, p. 165), os processos de hormonização têm sido um “dos nós críticos vivenciados pelos/as transexuais quando acessam e começam algum processo de cuidado em saúde”. Nesta perspectiva, as entrevistadas deste trabalho contam sobre suas experiências de acesso aos serviços de saúde – em especial na busca de cuidados para o uso de hormônios.

Uma das primeiras questões enfrentadas pelas entrevistadas deste trabalho quando utilizam os serviços de saúde é o não reconhecimento da sua identidade de gênero. Esta é uma das violências mais presentes no cotidiano das pessoas trans, uma das marcas da transfobia e muito frequente em contextos institucionais de saúde (BRASIL, 2015;

MURTA AMARAL, 2011). Também, muito frequentemente, aparece a questão do desrespeito ao nome social. Todas as entrevistadas deste trabalho narraram situações em que tiveram seu nome de registro utilizado ao invés do nome social, apesar do uso do nome social em serviços de saúde ser um direito garantido pela Portaria nº 1.820 do Ministério da Saúde de 2009 (BRASIL, 2009). Essas duas questões são relatadas nas falas de Ágatha e Sônia abaixo.

Aqui mesmo em BH num lugar que eu fui, em questão de nome social. Eles querem porque querem me chamar do meu nome de registro, mas eu não aceito, é muito constrangedor me chamarem por esse nome (...). Porque é umas coisas que eu me sinto bem. Entendeu? Tipo, eu vou num lugar pro povo ficar me olhando de uma forma que tá me, sei lá... O povo critica muito, entendeu? (Trecho de entrevista com Ágatha).

S: O médico num tá muito capacitado pra lidar com gênero, né? Nunca teve. Mais ainda da população das profissionais do sexo... E tá tudo junto das ISTs... Então de qualquer forma a medicina contribui muito. Mas assim, é... Questão de direitos humanos, respeito, isso nós ainda tamos muito longe.

E: sim... Você já passou por situações...

S: sim...

E: você consegue me contar uma?

S: ah, chamar de senhor... Mesmo no [hospital referência para tratamento do hiv]... Eu enfiei a mão na cara do cirurgião. Eu tinha um caroço aqui que precisava ser operado, "mas o senhor"... Quando ele falou "o senhor" eu taquei a mão na cara dele. Hoje eu num faço isso mais não, mas fiz. Chamou os guarda, eu disse: não, eu taquei e bato mais... Eu sou uma senhora, e esse homem veio dentro do hospital, trabalhando aqui há tanto tempo, chamar eu de senhor! Aí os guardas: mas ela é uma pessoa muito acessível aqui na casa, ela é muito conhecida, ela é muito gente boa, nunca vi ela assim não. Pediram: acalma, Sônia! (Trecho de entrevista com Sônia).

O desrespeito ao nome social por parte dos servidores da saúde foi relatado por 30,77% dos entrevistados em uma pesquisa realizada com homens trans em Belo Horizonte como a razão para não procurarem atendimento em saúde (Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT-UFMG, 2015). Neste mesmo estudo, 50% dos entrevistados declararam não procurar atendimento por medo de sofrerem preconceito ou outro tipo de violência por serem trans, e 23,08% por já terem sofrido violência em serviços de saúde. O uso de pronomes ditos femininos e masculinos de maneira incorreta, desrespeitando e não legitimando a identidade de gênero das pessoas trans também é relatado com frequência, inclusive a partir da observação das ações de profissionais da saúde (SANTOS, 2015). O constrangimento causado por estas situações de violação de direitos pode, então, implicar em um afastamento das pessoas trans do sistema de saúde, como relatado também por todas as entrevistadas deste trabalho.

Eu tomo remédio em casa. Quando é ao extremo, aí eu procuro um médico. Quando é alguma coisa que eu vejo que não, que os medicamentos que eu costume tomar não vai fazer efeito... Aí eu até procuro um médico. Fora isso... (Trecho de entrevista com Ágatha).

É, porque eu fiquei aaaaanos sem ir no médico. Por conta dessa questão de desrespeito com a gente, né? Por isso que eu te falo que a transexualidade ela tem características específicas, são coisas que a gente passa que a gente não dá conta de encarar isso... Por exemplo de você chegar e eu ser respeitada por [Dandara], por exemplo (...). Eles têm que ter profissionais treinados para receber a gente, e tratar a gente com respeito. Essa questão do nome social é dignidade, isso tá na constituição (...) isso tá na constituição brasileira, todo ser humano tem direito a dignidade e respeito. (Trecho de entrevista com Dandara).

Segundo informações obtidas em campo e relatadas em meu diário, na cidade em 2017 houve um treinamento de Agentes Comunitárias de Saúde, a colocação de cartazes informativos sobre o respeito à identidade de gênero e ao nome social, e o recadastramento de cartões SUS com o uso apenas do nome social – que, segundo o Relatório de Violência Homofóbica no Brasil do ano de 2013 (SEDH, 2016), poderia vir em fonte reduzida no cartão, e é algumas vezes chamado como “apelido”, o que tira o caráter de nome de preferência e de direito do nome social. No entanto, até onde é de meu conhecimento, são ainda deficientes ações de educação continuada para profissionais de saúde em geral, e existe um déficit de formação dos profissionais nas faculdades, como apontado em outros momentos deste trabalho – ações, inclusive, previstas como objetivos específicos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2013) e tão necessárias para evitar o afastamento de pessoas trans dos serviços de saúde. Internacionalmente, a ausência de ações específicas de educação continuada para profissionais de saúde é relatada por Coleman *et al.* (2011).

Especificamente a respeito da procura de profissionais de saúde sobre o uso de hormônios, Dandara contou-me que por duas vezes procurou médicos para falar sobre seus hormônios, a primeira vez aos 18 – à época já se hormonizando há 6 anos – e depois aos 23 anos. Em uma das vezes, me conta, teve sua identidade de gênero explicitamente desrespeitada. Nas duas vezes, os médicos demonstraram total ausência de conhecimento sobre o processo de hormonização e despreparo para atender uma pessoa com essa demanda.

D: (...) O clínico geral que chamou o endocrinologista e os dois conversaram e chegaram a conclusão nenhuma, né? A conclusão é: você não pode tomar, você é homem. (...) Eu falei, beijos, me liga. Vou continuar tomando, meu amor (rindo).
E: E eles te perguntaram alguma coisa em relação a como você se sentia com os hormônios?

D: É... Perguntaram como eu me sentia, como que eu lidava e tudo. Mas eles não sabiam que eu era trans. Depois que eu me identifiquei como trans, aí quando eu me identifiquei como trans, logo eles já falaram: ah...você tem estrutura masculina, é de homem, não pode...

E: Hum... Enquanto eles te viam como uma mulher cis...

D: Como uma mulher cis eles tavam tentando entender porque que eu queria tomar esse tanto de hormônio, mas não falou nada. E quando descobriram que eu era trans, já logo veio humilhar (...). Aí um foi médico homem e outra médica mulher, e todos os dois falaram que eu não podia tomar esses hormônios. Aí eu falei: como que eu não posso se já tomo há anos e anos... Aí eu falei: eu só quero regular a dosagem que eu tomo, agora eu não vou deixar de tomar porque você tá falando que eu não posso... Tá entendendo? Porque o hormônio é um braço direito da pessoa trans. É ele que ajuda a gente a chegar no patamar de aparência que a gente deseja. (Trecho de entrevista com Dandara).

Nesta fala de Dandara, algumas questões importantes emergem. A primeira delas, novamente o não reconhecimento de sua identidade de gênero. Mas, fica também nítido o foco dos profissionais médicos em imprimir, de imediato, a proibição do uso de hormônios “femininos” por alguém que tenha nascido com um corpo “masculino” – censura que não se faz acompanhar de nenhuma outra opção de cuidado que atenda às necessidades da pessoa trans. Esta fala demonstra total desconhecimento sobre as recomendações para o processo de hormonização, que, como já discutido neste trabalho, está presente em protocolos clínicos internacionalmente reconhecidos e desenvolvidos a partir de estudos de segurança, como é o caso do protocolo de Hembree (2017). Demonstra, além disso, o desinteresse na busca de informações e até mesmo na escuta da experiência de Dandara, que relatava fazer uso de hormônios já desde a adolescência. Sobre esta questão, também aparecem inúmeras outras falas de outras entrevistadas. Antes de iniciar sua terapia hormonal, Sofia foi aconselhada por sua tia a procurar um endocrinologista. Assim o fez, procurando um médico de seu plano de saúde. Porém, relata, quando falou sobre sua demanda para o profissional que a atendeu, ele disse não ter “condições de ajudar, que ele não estudou, não tinha preparação pra isso”. Narrando o acontecido, me conta:

Aí eu pensei: se um médico que é um médico, estudou sei lá quantos anos de medicina, se especializou em endocrinologia... Se ele não pode me ajudar, quem que pode? (Trecho de entrevista com Sofia).

Concordante com o relato de Sofia, vivenciei uma experiência similar que relato em meu diário de campo.

Estava hoje em reunião na secretaria de saúde, quando uma pessoa me contou sobre um caso de um endocrinologista em um hospital de BH que se recusou a atender uma travesti. Na hora, todo mundo ficou: nossa, mas como assim o médico tá se recusando a atender uma travesti? E aí foram apurar. “Não, Thaís, mas aí ele explicou que não atendeu não foi por preconceito, foi porque ele não sabia nada sobre hormonização e aí não se sentiu seguro”. Me lembrei da primeira vez que apareceu uma paciente com fibrilação atrial no consultório comigo. Fiquei doidinha, sabia nada! Sentei na cadeira e estudei. Na próxima consulta, eu sabia o que tinha que saber, e o que não sabia, busquei novamente (Trecho de diário de campo).

No Brasil, Freitas (2016) realizou um trabalho que buscou avaliar as competências na formação profissional médica para atendimento à população LGBT. Entre as narrativas dos médicos entrevistados, foi recorrente a afirmação de que não se havia abordado nenhum tema relacionado à saúde LGBT – exceto quando se falava em infecções sexualmente transmissíveis ou doenças psiquiátricas. Da mesma forma, a autora não identificou no currículo das especializações médicas analisadas nenhuma abordagem específica à saúde LGBT, o que demonstra clara deficiência na formação dos profissionais médicos em relação a especificidades desta população. O estudo de Rufino, Madeiro e Girão (2013), realizado com estudantes de medicina do estado do Piauí, mostra resultados similares: a sexualidade é abordada em uma visão organicista e reducionista, trazendo pouca abordagem de aspectos socioculturais, o que torna o ensino médico limitado para atender às diretrizes que direcionam a assistência em saúde sexual e reprodutiva (RUFINO, MADEIRO e GIRÃO, 2013). Tais achados são corroborados pelo estudo de Snelgrove *et al.* (2012).

Lurie (2008), em um trabalho que buscou avaliar os desafios percebidos pelos profissionais de saúde na prestação de atendimento a pessoas trans, identificou que os prescritores reconhecem a ausência de formação específica para prescrição de hormônios para pessoas trans. Os entrevistados referiram como dificuldades uma suposta ausência de protocolos clínicos específicos e a ausência de literatura médica sobre os efeitos da hormonioterapia. No entanto, como o próprio autor discute, seria a dificuldade relativa à ausência de protocolos clínicos ou à falta de habilidade dos profissionais para busca-los na literatura? Coleman *et al.* (2011) sugerem que, na ausência de formações específicas para o cuidado à pessoa trans, os profissionais de saúde devem buscar ampliar seus conhecimentos por meio da experiência: por exemplo, manejando a hormonização em parceria com outros profissionais mais experientes, buscando atualizar-se em relação à literatura atual e discutindo casos/questões atuais

com colegas. Contudo, Snelgrove *et al.* (2012) apontam a falta de interesse dos médicos em adquirirem conhecimento relacionado ao cuidado a pessoas trans. Esta ausência de interesse para que possam prover atendimento qualificado às pessoas trans configura uma das formas pelas quais a transfobia se manifesta no sistema de saúde e torna-se uma grande barreira ao acesso ao cuidado (Snelgrove *et al.*, 2012).

A falta de interesse em buscar conhecimento e atender a pessoas trans se manifesta em uma escassez de recursos (humanos e financeiros) para a materialização do acesso dentro do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, Yolanda e Sônia contam sobre as dificuldades de encaminhamento para endocrinologistas na cidade de Belo Horizonte. Segundo Yolanda, em seu centro de saúde “até tem endócrino”, segundo suas palavras. Porém, apesar disso, apenas a endocrinologista da Unidade de Referência Secundária do Sagrada Família poderia fazer seu acompanhamento. Questiona: “ia me passar pro Sagrada Família sendo que tem endocrinologista aqui. Entendeu? Mas é porque a de lá é que atende pessoas trans. Quer dizer, por que que a daqui não podia tá atendendo?”. Sônia, que traz relato similar, diz ter esperado dois anos por uma consulta.

E outra coisa, o que ele vai falar lá é uma coisa que eu sei (...). Talvez ele me mande tomar um hormônio muito caro, que geralmente eles gostam de mandar tomar Natifa®, que é muito fraco e caro. E eu acho que eu já sei que que eu tô fazendo (Trecho de entrevista com Sofia).

Sofia aponta uma questão muito importante no trecho acima. Embora nunca tenha de fato conversado com um endocrinologista sobre o seu uso de hormônios, a sua troca de experiências com outras mulheres trans/travestis usuárias de hormônios lhe serve de exemplo sobre a conduta dos médicos em relação ao aconselhamento e definição de qual o melhor hormônio a ser utilizado. O exemplo que cita, relata, é algo que acontece muito comumente: o prescritor, sem considerar as condições financeiras de acesso da usuária ao produto, prescreve um medicamento muito caro. Além disso, muitas vezes este medicamento, embora tenha um bom perfil de segurança (como é o caso do Natifa®), não provê os efeitos desejados em relação às mudanças corporais nas doses prescritas. Portanto, mesmo indo ao endocrinologista, muitas vezes estas mulheres preferem continuar com seus regimes de automedicação: utilizando medicamentos mais acessíveis financeiramente e que promovem melhores efeitos, conforme relatado por

Sampaio (2013) e Galindo, Vilela e Moura (2012). Relato similar aparece também nas falas de outras entrevistadas.

Porque assim, tem hora que endocrinologista, que eu já vi as meninas falando, ele passa pra você tomar um 25 mg de acetato de ciproterona, assim, 1 mg de estradiol... E assim, querendo ou não é pouco, né. Ele tá preocupado com sua saúde e não muito com sua aparência, né? Pra ele não interessa e tal... Só que assim, eu acho que se tivesse um estudo em cima... Por que o endocrino ele não tem muita noção, né... A maioria dos que têm noção é a vivência que ele vê ali com elas mesmo. Não foi algo que foi estudado, que alguém falou "gente, vamo estudar sobre isso, tá acontecendo isso...". (Trecho de entrevista com Yolanda).

Segundo afirma Castiel (1996, p. 256), “o conhecimento veiculado pelos especialistas não tem se mostrado relevante para as pessoas lidarem com as questões do mundo, da vida”. Este trecho, diante do apresentado pelas interlocutoras deste trabalho, nos chama a atenção para a necessidade da escuta das necessidades individuais de cada usuária, para além unicamente do conhecimento científico “duro”, especialmente dado que os objetivos terapêuticos da hormonização podem variar a depender de cada pessoa – e considerando as condições estruturais como baixa escolaridade, desemprego, questões relacionadas à moradia, entre outras questões presentes na vida de pessoas trans no Brasil (SANTOS e ALMEIDA, 2014) que irão influenciar as possibilidades financeiras de acesso a hormônios. Elwyn, Wieringa e Greenhalgh (2016) chamam a atenção para a necessidade de que a saúde esteja preparada para lidar com outros conhecimentos além dos conhecimentos presentes em protocolos clínicos – conhecimentos estes provenientes de variadas fontes, incluindo discussões com os usuários de maneira a personalizar as tomadas de decisão considerando os objetivos mais importantes para aquele indivíduo – questões claramente não ponderadas nos eventos relatados pelas entrevistadas.

Ou seja, sempre que a Medicina desejar ser terapêutica, tratar um ser humano, considerando-se apenas ‘científica’, isso não será vantagem nenhuma, mas uma enorme desvantagem, pois o médico que assim sentir e praticar a Medicina certamente estará limitando sua compreensão do processo de saúde e doença (...). A crença na Ciência – como toda crença, nada científica – tende a levar o médico que a ela adere consciente ou inconscientemente a assumir uma posição de onipotência (...) diante do próprio paciente. Aquele passa a ser visto como devendo necessariamente submeter-se a sua tutela, de modo por vezes incondicional. Algo da ordem de uma abdicação temporária – enquanto for ‘seu paciente’ – de sua autonomia, de seu poder de reflexão sobre si mesmo, de decisão sobre si, de conhecimento intuitivo e, sobretudo, vivencial de si mesmo (...). É esta crença na ‘verdade científica’ que faz com que o médico acredite que pode, ou mesmo deve, se dar ao direito de invadir a autonomia do indivíduo para lhe impor a ‘verdade’. Ou, ao menos, o discurso da ‘verdade científica’ é o que

Ihe serve de álibi para o exercício de poder sobre o paciente. De um modo ou de outro, este poder é exercido como se fosse de direito, necessário e inevitável – mas não é nem de direito nem necessário para o tratamento; muito pelo contrário, é um fator que contribui para o insucesso de um tratamento, ao menos psicologicamente, e o psiquismo não ajudando somatizações podem se seguir. (MARTINS, 2004, p. 24).

O trecho acima, de Martins (2004), pode ser também ser aplicado à discussão de outra questão que emergiu nas entrevistas deste trabalho. Questiono a Yolanda se ela, que nunca foi a um endocrinologista, já conversou com algum outro profissional de saúde sobre o uso de hormônios, ao que ela me relata:

Y: Hum... Não, eu tenho vontade, viu? Mas assim, é uma coisa, como eu ouço as meninas falando da burocracia, eu desanimo. Já fico desanimada por causa da depressão.

E: o que que você ouve que te desanima?

Y: Bom, primeiro é a burocracia.. Depois que você tem que chegar com os exames todos... Igual, a médica, não sei essa agora, mas uma pedia o laudo psiquiátrico, o psicológico.. Eu fiquei sabendo que mulher trans lésbica ela não medicava, não atendia...

E: sério???

Y: Sim, eu tive um relato de uma amiga que falou que ela não quis atender ela porque ela é lésbica (...). O povo odiava ela, porque ela era aquela pessoa assim, ela olhava pra sua cara e ela ia decidir se ela achava que você era uma mulher ou não, e aí ela ia te medicar, ia te atender. Se ela olhasse e visse que "ah, isso aqui tá meio confuso, não tô botando muita fé", aí ela não atendia. Então ela meio que queria decidir quem que era trans e quem não era. Eu, por ser muito passável, por ser muito feminina, assim, entre aspas, né, eu nunca tive problema com isso. Mas eu fico chateada. Até tem menina que tá começando, gente, quer que ela já comece sendo feminina? Comece sendo bonita?

Yolanda menciona uma questão muito importante na fala acima. A normatização dos corpos trans na medicina se materializa com exigências de que a pessoa trans possua determinadas características corporais e trejeitos que são entendidos como pertencentes ao gênero com o qual se identifica, conforme relatado por Bento (2006), enquanto condições para o acesso à assistência. No caso narrado por Yolanda, questiona-se inclusive a sexualidade da pessoa trans, que deveria supostamente seguir a linearidade da matriz heterossexual. Conforme já apresentado neste trabalho, o DSM V apresenta critérios de “diagnóstico” da pessoa trans. As condições de acesso aos procedimentos ofertados no Processo Transexualizador também evidenciam tal perspectiva patologizada e normalizante. Embora o acesso aos procedimentos pelas travestis tenha sido incorporado no documento da Portaria 2.803/2013 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a elas ainda são negadas intervenções cirúrgicas como tireoplastia e implante de prótese mamária de silicone, podendo, formalmente, ter acesso apenas ao processo de

hormonização assistida. Desta maneira, ao saber médico – onipotente – é outorgado o poder de dizer a uma pessoa sobre sua vivência e identidade: determinando se é ou não, “transexual de verdade”, questão que ignora a pluralidade das experiências trans e cria uma impossibilidade burocrática ao acesso ao cuidado em saúde. Essa experiência narrada por Yolanda condiz com a narrativa de uma médica que presenciei em um congresso no qual estive. Tal fato está narrado em meu diário de campo:

A endocrinologista do ambulatório da [universidade da qual ela é professora] fala mais uma vez sobre a lógica patologizante com a qual trabalham, normatizando e prescrevendo formas e comportamentos para corpos trans “verdadeiros”. “Não atendemos travestis” é uma fala reveladora: no entendimento da travestilidade como sendo atribuída a pessoas que não “vivenciam de fato o gênero feminino”, e que não pretendem fazer cirurgia de redesignação porque não possuem disforia ao próprio genital, estas pessoas não precisam ser atendidas pelos ambulatórios especializados. Estes seriam guardados unicamente para o atendimento a pessoas que vivenciam a disforia de maneira “intensa”. “Temos que priorizar”, “não podemos atender a todos”, é assim que se desculpa por privar do acesso pessoas que buscam o cuidado do ambulatório. Ignoram, inclusive, que o acesso à hormonização por travestis está previsto na portaria 2.803 do Ministério da Saúde, desde 2013. Neste ambulatório, mede-se o sucesso das cirurgias realizadas de acordo com a taxa de casamentos realizados após o procedimento. Casamentos que seguem a heteronormatividade, é claro. É como se pensassem: consertamos bem essa mulher trans, o genital dela ficou tão bem construído que um homem até se casou com ela. (Trecho de diário de campo).

No excerto acima narro meu encontro com médicos de um ambulatório credenciado para atendimento ao processo transexualizador no Brasil. Trata-se de um dos poucos ambulatórios credenciados no Ministério da Saúde, e que possui verba para a distribuição de hormônios. Por essa razão, representa uma importante forma de acesso a hormônios no sistema único de saúde, e, além disso, possui médicos muito experientes e tecnicamente competentes. No entanto, cerceia o acesso de quem foge da ótica higienista que prescreve normas sobre corpos trans, reiterando mais uma vez a cisheteronormatividade do sistema de saúde, invisibilizando necessidades e impossibilitando o cuidado. O modelo de atenção à pessoa trans no SUS foi construído, majoritariamente, na busca de uma distinção de quem é ou não “transexual verdadeira” para distinguir quem deve ou não ter acesso aos procedimentos. Se não há confirmação deste “diagnóstico” e o desejo pela “restauração da normalidade” no corpo por meio de tecnologias biomédicas não é evidente, o acesso ao cuidado na promoção das modificações corporais é negado – relegando as demais às vulnerabilidades da exclusão da assistência (MURTA e CORRÊA, 2015; SANTOS e ALMEIDA, 2014).

Em relação ao acesso pelo sistema privado, a única entrevistada deste trabalho que possuía plano de saúde (Ágatha), relata boas experiências com médicos específicos que foram indicados por outras mulheres trans/travestis, quando decidiu fazer a inserção de sua prótese mamária. Porém, mostrando que o acesso por si só não necessariamente configura uma assistência, muito menos assistência humanizada, ela conta que antes de conseguir ser operada por este cirurgião, passou por dois outros médicos (particulares) que se negaram a atendê-la por ser trans, mesmo na condição de pagamento à vista pela cirurgia.

Por último, dizendo de suas inseguranças com relação ao processo de hormonização, algumas entrevistadas expressam seus desejos por um atendimento em saúde e acompanhamento para que o uso de hormônios seja feito de maneira mais segura – e relatam seus sentimentos de insegurança frente à desassistência.

Então, assim, é muito arriscado... Porque a gente não tem, assim, alguém que chega e fala.. Tipo, antigamente... Hoje em dia eu, o que eu posso falar pras meninas, eu falo... Se vocês querem começar, tenta ir na endocrinologista primeiro. Mesmo que você não tome do jeito que ele fala, você tem que estar acompanhando pra você ver como que tá (Trecho de entrevista com Yolanda).

Tipo, eu não sei, gente, não sei o que eu faço, não sei o que que eu tomo.. Eu não sei se posso chegar na farmácia e pedir um e falar: esse eu vou me dar bem, porque eu não sei... Ninguém me ajuda... Literalmente, ninguém me ajuda mesmo! Tem ninguém pra me indicar um melhor (...). E então eu, por isso, queria também uma ajuda porque eu faço por conta própria... Tem que ficar trocando sempre (...). E eu queria fazer uma coisa bem certa pra mim saber qual a melhor TH pra tomar (...). Eu prefiro receber ajuda de uma pessoa em qstão de eu fazer o tratamento certo, entendeu? Eu prefiro que a pessoa me ajude pra mim ter o resultado melhor que eu fazer por conta própria.. Eu posso tá fazendo errado. Eu te falei, eu não tô vendo muito resultado e eu queria ver sim mais resultado... Agora eu já parei de tomar e tô tomando esse mais fraco. Então eu queria ver um que não me causasse, não tivesse algum, não me desse problema junto com a medicação [antirretrovirais]... (Trecho de entrevista com Ágatha).

Continuando a entrevista com Ágatha, ainda questiono se algum dos médicos ou outro profissional de saúde com os quais costuma se consultar no Centro de Testagem e Aconselhamento já lhe questionou sobre o uso de hormônios, e a resposta é negativa. Sônia, que se consulta em um hospital referência para o tratamento do HIV também traz o mesmo relato. Trata-se de uma questão importante a se pensar, uma vez que o cuidado ao HIV é uma importante forma de acesso à saúde para as travestis/pessoas trans (devido à elevada prevalência de HIV nesta população, como já mencionado aqui

anteriormente), e, portanto, representa uma potência em relação ao cuidado em saúde integral.

Durante a execução deste trabalho, o Ambulatório Trans do Hospital Eduardo de Menezes foi inaugurado, trazendo novas possibilidades para o acesso em Belo Horizonte. Em conversas posteriores às entrevistas, Sônia e Dandara me contaram sobre suas experiências com os profissionais do ambulatório, as quais consideraram muito positivas e não referenciadas em uma perspectiva patologizante. Entretanto, trata-se de um ambulatório estadual, referência para todo o estado de Minas Gerais, mas que consegue fornecer atendimentos apenas uma vez na semana, o que é claramente insuficiente para atender a toda a demanda.

5 Expropriando saberes médicos: produzindo novos conhecimentos para produzir novos corpos

Todas as entrevistadas deste trabalho relatam ter iniciado suas mudanças corporais por meio dos hormônios. Como apontado anteriormente, a porta de entrada para o início da hormonização frequentemente é o aconselhamento de mulheres trans/travestis mais velhas e experientes (ou até mesmo namorados/amigos gays).

Porque essa parte de hormonização, nas antigas, as transexuais e travestis faziam por conta própria... Não tinha nenhuma abertura no sus... Aliás, nem particular, nem no sus.. pra esse acompanhamento hormonal... Provavelmente, outras passaram esse conhecimento pra elas, e esse processo transexualizador era passado de geração em geração, de década em década, de umas pras outras... As mais velhas passavam pras mais novas os nomes dos medicamentos, o que podia tomar, o que não podia (...). Hoje ainda eu creio que isso acontece, ocorre com muita frequência. Embora tenha começado, iniciado assim uma abertura pra isso, ainda são pouquíssimos profissionais que têm abertura pra atender pessoas trans. Então ainda acontece. (Trecho de entrevista com Dandara).

É, eu comecei copiando as minhas amigas, eu cheguei em vitória do espírito santo né, e encontrei algumas pessoas que já estavam hormonizadas. (Trecho de entrevista com Sônia).

Um estudo realizado em Belo Horizonte com travestis que realizam trabalho sexual mostrou que aproximadamente 98,2% delas relataram ter obtido conhecimento sobre a hormonização com colegas, enquanto apenas 1,8% relatam ter obtido informações em serviço público de saúde (ALECRIM, 2014). Como afirmam Arán & Murta (2009), mesmo

quando chegam aos serviços de saúde, a maioria das pessoas trans já fez uso anterior de hormônios por automedicação.

O processo de medicalização, como aponta Menegon (2010), está associado à concentração de poder e dominação por parte de profissionais de saúde, em especial médicas e médicos. Uma consequência deste processo é a produção de relações assimétricas entre profissionais e usuários dos serviços de saúde e a extensão da jurisdição médica a todas as dimensões relativas à vida, regulando e determinando modos de vida possíveis (MENEGON, 2010).

No entanto, na atualidade, é cada vez mais comum que os usuários já procurem os serviços de saúde munidos de informações coletadas em fontes diversas (VASCONCELLOS-SILVA e CASTIEL, 2009; MENEGON, 2010). Tal fato é, em parte, reflexo da participação de outros atores sociais no processo de medicalização, como a indústria farmacêutica (CONRAD, 2005). O medicamento aparece cada vez mais como um produto simbólico, um signo que representa a possibilidade de obtenção de saúde (LEFÈVRE, 1987). Neste contexto, vender doenças – ou modelos de saúde baseados em construções de aparência física, como aponta Miskolci (2006) – e assim vender medicamentos que tratem estas doenças (ou que promovam as modificações corporais desejadas para se atingir o ideal de beleza e saúde), se torna um grande negócio da saúde (CONRAD, 2005).

Sendo as drogarias pontos de comercialização, ao medicamento acaba sendo conferida uma simbologia de um produto análogo àqueles vendidos em supermercados (LEFÈVRE, 1991). Essa relação de consumo e comercialização tirou da esfera única do saber médico o domínio das prescrições de medicamentos. A “invasão farmacêutica”, como denominam Galindo, Vilela e Moura (2012), fez com que a medicalização pertencesse também aos fluxos midiáticos e de consumo. Menegon (2010) aponta que este deslocamento das relações de poder e a apropriação de usuários sobre o que chama de novas “tecnologias de vida” (ao invés de tecnologias meramente médicas ou de saúde) conferem novas maneiras de se entender a “propriedade” do corpo, que se configura como uma resistência à determinação médica exclusiva sobre as formas de produção de saúde. No contexto das transidentidades, as lutas travadas pelos movimentos sociais trans e a visibilidade que vêm atingindo nos últimos anos têm grande

importância sobre a (re)apropriação de seus corpos e fomento da autonomia (CARVALHO, 2011)

Com a emergência da internet, das redes de comunicação e de troca de informação virtuais, a prescrição médica tem se deslocado cada vez mais em importância para determinação de quais medicamentos serão ou não utilizados pelas pessoas. A internet oferece uma ampla gama de informações de todas as naturezas. Nesse contexto, pacientes e usuários de medicamentos podem compartilhar suas experiências e saberes entre si. Passam, a partir daí, a utilizar este meio como uma nova base para tomadas de decisão (Galindo & Vilela, 2013). Parafraseando Kennedy (2003), sendo *experts* em seus próprios campos de saber, usuários de medicamentos constroem juntos conhecimentos que se baseiam em experiências vividas que vão muito além de protocolos clínicos.

Nessa direção, encontramos estudos como os de Fox e Ward (2006) que mostram como ocorre a troca de conhecimento sobre medicamentos em comunidades virtuais. O primeiro caso trazido pelos autores é o de uma comunidade sobre o uso do Xenical®, medicamento que reduz a absorção de lipídios provenientes da dieta, por pessoas interessadas em perder peso. Os membros da plataforma compartilhavam entre si as significações que atribuíam à obesidade, mensagens de encorajamento, além de questões relativas à efetividade do medicamento, seus efeitos adversos, os progressos feitos com o seu uso e os encontros com médicos.

Nos campos de práticas relacionadas à sexualidade e à reprodução humana, a internet abre novos espaços para ressignificação de temas e questões que muitas vezes são tratadas como tabu. Conforme mostrado por Roso *et al.* (2017), a internet e as mídias sociais possibilitam troca de informações sobre práticas de aborto, tornando-se um espaço de resistências no qual se fala sobre um assunto proibido e silenciado que não encontra referência de cuidado no sistema de saúde, tal como acontece com o uso de hormônios por pessoas trans – que, embora não seja proibida legalmente, não faz parte das práticas hegemônicas da medicina. A busca por apoio de profissionais de saúde por parte de pessoas trans interessadas em utilizar hormônios, como já discutido previamente, frequentemente se esbarra em negativas de atendimento acompanhadas por alegações de que estes não entendem sobre o tema ou não podem prestar atendimento por, supostamente, estarem propensos a ferirem a ética médica (GALINDO

e VILELA, 2013), fato que está intrinsecamente relacionado à visão patologizante da medicina sobre os corpos trans.

(...) A internet tem nos colocado frente a um fenômeno paralelo: a erosão da Medicina como princípio de legitimação, ou fonte de informação para decisões quanto ao uso de fármacos ou adoção de modos de vida. Isso se torna visível, principalmente, quando há o uso de fármacos em prol do que não é considerado hegemonicamente saudável. Em outras palavras, os produtos químicos parecem não precisar tanto do médico ou da medicina para se tornarem legítimos (GALINDO e VILELA, 2013, p. 21).

Neste contexto, ao relatar o desamparo e a desassistência que encontrou ao procurar o sistema de saúde para iniciar o uso de hormônios, a interlocutora deste trabalho Sofia, que não possuía nenhuma conhecida que já utilizava hormônios, narra ter encontrado como alternativa a busca de conhecimento pela internet.

O compartilhamento de informações – seja pessoalmente ou pela internet – portanto, aparece como uma grande ferramenta para escapar dos dispositivos médicos de controle da saúde e dos corpos. A produção de modos de vida que fogem ao hegemônico, ao permitido – seja legal ou socialmente –, ao se fazer por fora do CISTema, torna-se uma forma de resistência ao controle patologizante dos dispositivos jurídicos e médicos (GALINDO e VILELA, 2013; VERGUEIRO, 2015). Galindo e Vilela (2013) argumentam que o uso de hormônios fora do alcance do “aval” de profissionais de saúde é um caminho de despatologização, na medida em que permite que a autonomia seja exercida em detrimento dos requisitos que patologizam o gênero. O uso de tecnologias de modificação corporal torna-se, nessa perspectiva, um dispositivo de governo de si.

Se a medicalização da cultura, se o controle médico sobre o corpo das pessoas, sobre o direito de viver e como viver, sobre o direito de estar doente, de se curar e morrer como quiserem, se impõe a pacientes e a médicos, como em uma dialética do senhor e do escravo, por outro lado são muitas as formas de resistência – formas de sobrevivência, de preservação da autonomia ameaçada pelos outros e por si mesmo, pela subjetividade reinante. Resistências que não são calculadas ou previstas estrategicamente, mas reações simplesmente defensivas, reatividades, mecanismos defensivos, podendo constituir outras formas de crença, outras cristalizações. (MARTINS, 2004, p. 31)

Sofia relata ter encontrado informações por meio de vídeos, *facebook* e *blogs*, principalmente, e relata também ter lido bulas de medicamentos e procurado outros materiais na internet. Como contou na entrevista, nesses materiais que buscou, começou

a aprender “a quantidade de hormônio que precisa no corpo, qual hormônio tem essa quantidade x”, para que então começasse a tomar os medicamentos por conta própria.

O que mais me ajudou assim foi um grupo chamado transgêneros e os hormônios (...). Geralmente eu via [vídeo] de outras [mulheres trans/travestis] que ensinavam a aplicar, falando sobre peito, mas falando sobre hormônio, qual que prejudica, qual que num pode misturar com qual. (Trecho de entrevista com Sofia).

Roso *et al.* (2017) ainda apontam que a assimilação do conteúdo relativo ao uso do medicamento (misoprostol, no caso em questão) veiculado nas mídias digitais não é passiva. Pelo contrário, ocorre uma apropriação ativa e potencialmente crítica, que passa por uma avaliação de riscos e por uma tentativa de minimiza-los. A fala de Sofia nos permite estender tal raciocínio para o uso de hormônios por mulheres trans e travestis. Em seu relato, percebemos seu esforço em entender quais são os riscos dos hormônios, como utilizá-los, qual a dose necessária, entre outras questões, as quais ela refere ter buscado tanto em informações disponíveis em redes sociais, como diretamente em bulas de medicamentos.

Outras entrevistadas relatam experiências similares. O relato de Dandara é uma ótima ilustração de como a internet facilita o acesso ao e a construção de conhecimento. Conta também sobre como faz suas pesquisas: especialmente em blogs com relatos de outras mulheres trans e travestis “falando qual processo que elas usam”. Diz ter lido inclusive estudos científicos publicados na internet. Além disso, completa, aprendeu diversas questões utilizando os diferentes hormônios ao longo de seu tempo de hormonização.

(...) Com os anos eu fui pesquisando mais qual hormônio que pode tomar que não danifica... Inclusive na época que eu comecei a estudar, eu percebi que os hormônios injetáveis, eles são melhores que os comprimidos porque eles têm só uma passagem pelo fígado, enquanto o comprimido tem uma força maior, né? em questão de prejudicar fígado.. Então sempre procurei de uns anos pra cá tomar hormônios mais injetáveis (Trecho de entrevista com Dandara).

D: (...) Então, lá fala referência e similar, quais que têm uma eficácia maior, e quais que não são indicados devido a esses problemas de saúde... De trombose, de problemas relacionados a fígado, outros tipos de problemas, né? (...).

E: Uhum.. E geralmente quem escreve esses sites são pessoas trans, mulheres trans?

D: às vezes, sim... Outros estudos eu acho que são, é... Esses estudos que os próprios cientistas fazem e deixam na internet (Trecho de entrevista com Dandara).

Pude perceber quais hormônios que me fazem bem, e o que dá alguma alteração na questão do meu humor, de questão de enjoos, de mal estar... Então hoje eu já sei exatamente o que é bom pra mim e o que não é (...). No decorrer dos anos eu fui fazendo esses testes, né? Aí hoje eu cheguei na conclusão do que usar.. Mas acho que isso varia também de pessoa pra pessoa, né? No caso o que faz bem pra mim pode ser que não faça pra outras... (Trecho de entrevista com Dandara).

Percebemos a partir das falas de Dandara como ocorre inclusive a apropriação de explicações e termos biomédicos, fato recorrente também em falas de outras entrevistadas desde trabalho – como no caso de Yolanda – e no trabalho de Benedetti (2005).

(...) Então, igual também a finasterida corta um tipo de testosterona, né? Ela não é muito indicada porque ela não corta tudo. O acetato, ele já corta a produção da testosterona. A finasterida ela corta um tipo de testosterona. Então, eu sempre tomava os dois: a finasterida e o acetato. E não é bom fazer isso. No caso eu fui descobrir isso há pouco tempo. Porque o acetato em si, ele já é melhor, ele já vai cortar a produção... ele já faz um pouco... ele só é um pouco mais pesado.... (Trecho de entrevista com Yolanda).

Yolanda explana e compara o mecanismo de ação da finasterida e do acetato de ciproterona para justificar por que considera este último melhor na inibição da testosterona, enquanto Dandara adota explicações ligadas ao metabolismo do fármaco para fundamentar o porquê de sua preferência em relação ao uso do medicamento injetável. Estas falas demonstram como os conhecimentos se constroem de maneira híbrida, mesclando o conhecimento biomédico ao produzido no cotidiano.

Além disso, as entrevistadas falam sobre como os *sites* onde obtém informações trazem questões relacionadas à eficácia e à segurança dos medicamentos. Demonstram, a partir daí, como racionalizam suas escolhas de acordo com as informações obtidas e de acordo com suas próprias experiências vividas. Trata-se, como afirma Moulin (2008), de uma expropriação de um saber de domínio exclusivo da biomedicina e uma reapropriação deste mesmo saber, porém subvertendo-o por adaptações que se fazem necessárias no dia-a-dia de quem convive com a percepção do próprio corpo.

E então eu acho que dá uma base sim pra gente, até mesmo a gente tentar controlar a gente mesma... Como não há esse controle médico, a gente mesma tentar controlar essas miligramas, essas dosagens (Trecho de entrevista com Dandara).

(...) Então acho bem interessante porque hoje em dia a gente num chega e vai e faz, a gente pesquisa.. "meninas, qual médico é bom? qual remédio que é bom?"

cês vão no endocrinologista? que que o endocrinologista falou pra vocês? como é que tá a testosterona, como tá num sei o que?" (Trecho de entrevista com Yolanda).

Retomo aqui o estudo de Roso *et al.* (2017) que apontam que as mulheres que buscam informações sobre o misoprostol na internet ponderam as indicações e riscos encontrados em uma tentativa de criar condições de cuidado à própria saúde quando o Estado e o sistema de saúde não as oferecem. Vemos aqui neste trabalho, inclusive, o repasse de informações que se baseiam em falas de médicas e médicos às (aos) quais outras travestis tiveram acesso. Podemos ver, neste sentido, o compartilhamento de informações entre as pessoas usuárias de medicamentos enquanto também uma potente forma de redução de danos.

A redução de danos, cujas origens podem ser localizadas no Relatório de Rolleston, de 1926, na Inglaterra, iniciou-se a partir de uma colocação de que os usuários em situação de dependência de opiáceos poderiam, ao recebê-los por meio de prescrição médica, ter as consequências mais prejudiciais minimizadas (SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2010). No entanto, quando se fala em redução de danos, esta é apontada como uma estratégia adotada por serviços – em geral de saúde – como medida de prevenção de agravos à saúde das populações-alvo (sendo estas comumente usuários de drogas, populações-chave para a prevenção de HIV e outras ISTs, dentre outras). Larissa Pelúcio (2009) fala sobre o projeto “Forma”, projeto na cidade de São Paulo que visava reduzir os danos do uso de silicone industrial e hormônios por travestis e transexuais. Como relatado pela autora, este projeto é uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Ainda que a estratégia de redução de danos envolva, em geral, pessoas que compõem a população-alvo, ela é sempre uma iniciativa de órgãos de saúde. Quando falamos da construção e compartilhamento de conhecimento entre as travestis e transexuais, estamos falando de uma estratégia nascida de suas próprias necessidades e do exercício de suas autonomias, o que a torna, por isso, tão potente.

É importante reiterar que, embora tenhamos reforçado aqui a questão da desassistência à saúde enquanto uma das razões fundamentais para que a automedicação ocorra entre travestis e mulheres trans, fica muito claro também que o modo autônomo como lidam com o uso de hormônios não deve ser enxergado necessariamente enquanto um fato intrinsecamente ligado à precariedade do acesso à saúde (GALINDO, VILELA e MOURA,

2012). Como mostra Benedetti (2005), em suas entrevistas fica bem claro que a recomendação médica sobre regimes hormonais não é uma necessidade para início da hormonioterapia por grande parte das travestis. Ao contrário, como mostram Galindo, Vilela e Moura (2012) e Sampaio (2013), mesmo quando existe o acesso a informações em consultas médicas, estas orientações tendem a se misturar muito às orientações compartilhadas entre as travestis e mulheres trans, configurando uma disputa entre os saberes – aspecto que será melhor discutido em outro capítulo.

6 O que significa produzir gênero? – ou sobre como os hormônios assumem e modificam as formas dos corpos

O reconhecimento social e a legitimidade das corporalidades dentro da cisheteronormatividade perpassam sempre por itinerários de modificação corporal – seja para uma pessoa cis ou para uma pessoa trans. Como afirmam Bento (2006) e Preciado (2014), todos os corpos são prostéticos, e todos somos, portanto, pós-operados: nossos corpos são construídos por uso de inúmeras tecnologias, técnicas e saberes que conferem e reiteram as características e aparências de nossos gêneros – estabelecendo e cristalizando performances (como se fossem) naturais a partir de leituras sociais feitas de acordo com a genitália de nascimento do indivíduo.

Historicamente, foram naturalizadas as categorias de gênero “feminino” e “masculino”, socialmente referenciadas a partir de características corporais concordantes com comportamentos, vestimentas e papéis atribuídos a cada um dos gêneros especificamente (dentro de um sistema binário) (LAQUEUR, 1992; ROHDEN, 2000). Nessa perspectiva, para alguém que rompe a linearidade genitália de nascimento-sexo atribuído-gênero-performance de gênero, é preciso que haja um contrainvestimento na construção de novas corporalidades e performances para que se possa adquirir materialidade perante o reconhecimento social.

Como afirmam Pontes e Silva (2017), a categoria êmica “transição” (nome que se dá ao processo de modificação de características de gênero), é fundamental para que possamos pensar o corpo enquanto uma superfície moldável e transformável, plástica, na qual diferentes características se traduzem em diferenças de gênero. O corpo é uma referência privilegiada para a construção de identidades pessoais (DAVI, 2013). É no

processo de “transição” que o corpo passa a ser constituído de novas características que permitem ao indivíduo ser reconhecido em uma nova identidade na medida em que essas características se aproximam do socialmente aceito como pertencente ao seu gênero. Larissa Pelúcio (2006, p. 191) se refere ao processo de transformação corporal como “uma atualização concreta de certas concepções simbólicas do ser humano e de seu lugar no universo”. O “novo corpo” assume novos contornos e traços por meio do uso das mais diversas tecnologias – dentre as quais, os hormônios.

Segundo as informantes de Benedetti (2005), os hormônios são concebidos, muitas vezes, como o “veículo do feminino”. Nessa perspectiva, as entrevistadas deste trabalho falam sobre como os hormônios vão modificando seus corpos – ou, como nos diz Preciado (2014), vão tomando a forma dos corpos.

Então, eu fui começar essas mudanças, porque eu tomei de 12 a 14 o bloqueador, o antiandrógeno, e depois dos 14 comecei a aplicar os outros hormônios.. Aí eu fui perceber a mudança 1 ano depois só... Porque as mudanças não são rápidas assim não, elas demoram um pouco. Um ano depois eu vi que meus seios apontaram, o bico dos seios, né? aumentou também (...). Então, um ano depois que eu passei a injetar progesterona e estrogênio que eu comecei a reparar essas mudanças. Eu lembro que a primeira mudança que a gente nota são os seios, que começam a criar glândula mamária e formar, tomar um formato mais feminino, né? Porque é... Acho que até nas meninas também a primeira mudança que as meninas veem é essa questão dos seios também e da menstruação, né? E a gente como num vai ter menstruação, mas tem a questão dos seios, né? (Trecho de entrevista com Dandara).

A: eu percebia em questão mais de mudança no corpo. Era essa alteração que eu via que mudava, ficava, umas mudanças em questões de corpo. Minha família percebia também. Foi que eu comecei a falar com minha mãe, então ela falava que não era certo o que eu tava fazendo. Meu pai não podia nem sonhar que eu tomava, se não.... Mas aí foi mais isso mesmo, fazia mudanças no corpo mesmo. E: uhum... e o que que você viu que mudou primeiro?

A: no corpo, foi meus seios que começou a crescer. Mas é sempre de corpo. Mas foi mais seio que deu. No corpo mesmo num deu muuuuito em questão de glúteo, num deu muito não. Foi mais seio mesmo. Aí foi que eu comecei a parar de tomar, porque eu fiquei com medo do meu pai perceber. (Trecho de entrevista com Ágatha).

Ah, a primeira coisa que eu comecei a perceber a mudança é como se você tivesse transicionando do masculino pro feminino mesmo. É como uma menina que está começando a ter seio... Os quadril começam a aumentar, a pele fica mais feminina (...). Alguns resultados eram melhores no seio, pra algumas o hormônio sobressaía mais no corpo, e eu principalmente os hormônios sempre me deram um belo seio... Eu tive um dos seios mais bonitos em Belo Horizonte na década de 70 e 80 através dos hormônios (...). Eu era bem "mignonzinha"... Então quando eu chegava na Olegário Maciel, os carros faziam fila, né (...).eu boto o peito na bandeja... é ele.. o peito me sustentou. A coisa mais linda que eu tive na minha vida foi meu peito. As travesti que num tinha seio ficava: vou matar aquela sonia que tem aqueles dois tumor ali, precisa nem ir pra rua! Eu só botava

meus peito na janela no apartamento onde eu morava aqui na jaguarão.. os homens faziam fila (...). (Trecho de entrevista com Sônia).

Dandara, Agatha e Sônia narram, nas falas acima, as primeiras mudanças corporais que visualizaram em si mesmas. Todas mencionam o crescimento dos seios como a primeira modificação corporal perceptível. Dandara e Sônia comparam esse processo à puberdade das adolescentes cis, diferenciando-se, para Dandara, apenas pela falta da menstruação.

Outra questão levantada nas falas é a maneira como os corpos passam a ser olhados a partir das transformações que ocorrem com o uso de hormônios. Olhares externos passam a perceber a constituição material de sua “nova” identidade – o que é um efeito desejado, porém que traz consigo novas consequências duais. Para Sônia, os efeitos perceptíveis e as atenções que seu corpo passava a despertar com o uso dos hormônios eram muito desejáveis: em seu caso, como era trabalhadora sexual, o crescimento dos seus seios atraía atenção dos clientes. Seu peito “a sustentava”, como ela mesmo se refere.

No entanto, nesse momento pode ocorrer (ou se intensificar) a repressão por parte de familiares, amigos e da sociedade em geral, a partir do momento em que as novas características corporais vão se tornando cada vez mais visíveis. Para Ágatha, naquele momento, o medo de seu pai perceber a fez recuar. Seu corpo, ao se tornar mais próximo ao que ela desejava que fosse, tornava-se também mais vulnerável aos olhares e às violências que podem ocorrer. No entanto, após sair de casa, retomou o uso dos hormônios e deu continuidade às transformações que desejava.

Sônia também narra em sua fala outras mudanças além do crescimento dos seios: quadris arredondados, pele “mais feminina”. Esses relatos se repetem entre todas as entrevistadas. A gordura é redistribuída de maneira a dar contornos “femininos” ao quadril. A pele, segundo contam, passa a ficar “mais delicada”. O cabelo, mais fino. Os pêlos do corpo e da barba são reduzidos.

Depois, com o tempo tomando acetato de ciproterona, e me policiando, porque eu pesquisando eu fiquei sabendo que o hormônio, ele não altera a voz da gente. Aí um dia eu fui conversar com o menino que trabalhava comigo e ele falou: "nossa, sua voz tá muito diferente, sabe? tá muito diferente mesmo! Tipo, voz de

mulher e num sei o quê!". Isso é até engraçado, antigamente quando o povo ligava aqui, eles me confundiam com meu pai. Hoje eles me confundem com minha mãe. Isso é muito engraçado, e todo mundo antes me confundia com meu pai. E aí eu tive essa noção de que muda sim, dá uma mudança (Trecho de entrevista com Yolanda).

Por isso que os hormônios quando começa a tomar nessa fase que vai ocorrer as mudanças, ele tem efeito praticamente total. Ele tem um... A redução de pêlos, a pele fica mais clara, os seios aparecem, as coxas onde tem músculo, quebra esse músculo e fica mais gordura... O bumbum também... O cabelo cresce muito mais... A voz eu não posso te falar qual a relação na questão de voz, porque minha voz já era fina, então (...). Cabelo também da gente fica, tem um crescimento maior, fica mais cheio, até questão de saúde do cabelo os hormônios, eu creio que pra mim ajudou (Trecho de entrevista com Dandara).

A voz, segundo o relato de Yolanda, contrariando o que ela havia ouvido dizer, também se tornou mais fina. Dandara, que começou a tomar seus hormônios na fase da puberdade (à época inicial fazendo apenas bloqueio com ciproterona), fala do efeito “praticamente total” das transformações em seu corpo. Dandara, portanto, não chegou a desenvolver os caracteres “masculinos” que seu corpo potencialmente teria desenvolvido caso não realizasse o bloqueio da testosterona em seu corpo naquela fase. Como relata Silva (2007) sobre a percepção de suas entrevistadas, ao mesmo tempo em que se cria novas características “femininas” na plasticidade dos corpos, também se combate características “masculinas”. Este combate, especialmente quando iniciado na fase da puberdade, “confunde-se quase com os ciclos naturais” (SILVA, 2007, p. 171), criando mais fácil e “perfeitamente” as características ditas femininas. Tal percepção é corroborada pelas recomendações constantes em protocolos clínicos de hormonização, como no caso do que afirma o protocolo da Associação Americana de Endocrinologia (Hembree et al., 2017) de que é provável que aquela que utiliza agonistas de GnRH ou antiandróginos na puberdade obtenha resultados mais efetivos em relação ao desenvolvimento de caracteres socialmente referenciados como pertencentes ao gênero desejado. Isto porque os supressores da puberdade irão retardar o desenvolvimento do corpo púbere, – ou seja, a virilização, neste caso - que posteriormente será estimulado a desenvolver os caracteres designados como pertencentes ao gênero feminino por meio do uso de hormônios.

O “combate às características masculinas” que menciona Silva (2007) é mais uma vez evocado quando as entrevistadas falam especialmente sobre a redução de pêlos, a redistribuição da gordura – formatando novos contornos no corpo e extinguindo os

antigos – e a quebra de músculos. “A ‘natureza feminina’ da travesti ganha corpo, se consolida, se arredonda no cotidiano, minuto a minuto, no milimétrico – pêlo a pêlo” (SILVA, 2007, p. 171), disputando lugar com o “masculino” do corpo. O lugar do hormônio nessa “disputa” parece ser de crucial importância, como fica explícito nas falas de Yolanda (no caso, falando principalmente de sua experiência quando fica sem o acetato de ciproterona, o qual tenta utilizar de maneira combinada aos demais hormônios quando consegue compra-los) e de Sônia – que relaciona diretamente a presença de características mais “femininas” à beleza.

Bom, primeiro de tudo quando a gente tá tomando o acetato, outros pêlos demoram mais pra crescer. Tipo, num é que num nasce nenhum pelo, num existe isso. Mas aqui, com o acetato ele dá uma afinada, demora mais pra crescer.. Já, sem ele (...). Tem acho que isso, primeiro de tudo são os pêlos que você vê que cresce bem mais rápido. E assim, minha maior disforia são com os pêlos. Inclusive, você acabou chegando eu tinha acabado de acordar, cheia de pelo aqui (risos). E, segundo, os traços... Você já vê os traços voltando um pouco... Uma coisa que fica um pouco mais bruto, assim, sabe? Os traços... É... eu nunca fiquei muito tempo sem tomar, mas algumas meninas já relatam assim que alguns lugares que eram curva vai virando mais ou menos músculo, vai ficando meio quadrado... E o que eu sinto primeiro é isso. A voz também dá uma engrossada. É, acho que é isso... (Trecho de entrevista com Yolanda).

E: sem hormônio nenhum, como você se sente?

S: ah, muito feia. Muito feia (...). A gente num fica feminina... Num fica... E num fica feliz, num chega na beira do espelho e gosta. Tá entendendo? Que deixa eu mesmo chegar na beira do espelho e falar “ohhh” é o Perlutan, né (...). As pernas ficam, oh! eu deito e falo: oh, sou gostosa, viu? é bom, viu? (risos) 61 anos e eu falo comigo mesma: epaaaaaa! como que eu chego aos 62 anos assim, gostooooosa!!! (Trecho de entrevista com Sônia).

8 “Mas você sabe se tem estudos que mostram como podemos usar os hormônios de maneira mais segura?”

A pergunta que dá título a este capítulo foi uma pergunta feita a mim por uma travesti – não entrevistada neste trabalho – em uma reunião de organização de um congresso de saúde trans que organizei em 2017.

Como já apontado por este trabalho, o uso de hormônios, como o uso de qualquer outro medicamento, traz riscos à saúde da pessoa usuária. Muitas vezes utilizados em altas doses e em combinações excessivas, o risco é ainda exacerbado. Trouxemos aqui anteriormente os principais riscos decorrentes do uso de hormônios: especialmente doenças tromboembólicas, cânceres, doença arterial coronariana, doença

cerebrovascular, disfunção hepática, entre outras. Também é chamada a atenção para a necessidade de monitoramento de sintomas de depressão, preservação da fertilidade, entre outros (HEMBREE *et al.*, 2017).

Neste sentido, as entrevistadas deste trabalho me contaram muitas experiências negativas e efeitos adversos que consideram terem sido causados pelos hormônios. Tristeza, depressão, dor no peito, “sangue grosso”, ganho de peso, lactação, queda de cabelo, enxaqueca, trombose...

Só que tem um detalhe básico: você engorda muito... Tem a retenção de líquido, né, que também é um dos efeitos que a gente tem. No caso, a maioria das meninas indica que você não pode só tomar e ter uma vida sedentária, você tem que fazer atividade física pra distribuir essa gordura e pra não ter essa barriguinha. Porque muitas, é como eu disse, [a TH] ela distribui a gordura, só que a maioria fica acumulada aqui [mostra a barriga]. Aí dá barriguinha... Com a retenção de líquido. (Trecho de entrevista com Yolanda).

O ganho de peso, especialmente ligado à retenção de líquido e redistribuição de gorduras nos quadris (característico da formação do corpo “feminino” influenciado pelos níveis de estrogênio), foi uma experiência relatada por todas as interlocutoras deste trabalho. Efeitos menos comuns também foram relatados. “Nooooossa, a primeira vez que meu peito lactou pra mim foi um evento! (rindo) Porque eu não sabia que podia acontecer” – me contou Sofia. Sempre de maneira bem humorada, continua: “Eu falei: gente, isso num pode ser do meu peito... aí vi meu sutiã molhado, eu falei: mentira! tô dando de mamar e num tô sabendo!”.

“Eu não esperava que fosse mudar tanto o meu emocional. Que fosse capaz de me abalar taaaaanto ou de me causar um desconforto emocional”, Sofia também me conta. A depressão foi um efeito citado por todas as entrevistadas deste trabalho e um dos maiores motivos para interrupção do uso de hormônios, ainda que temporária.

Yolanda, por exemplo, me contou como percebeu que seus sintomas de depressão tinham relação com a hormonização. Quando tinha emprego, relata, sua prioridade era sempre comprar hormônios. No entanto, começou a perceber que, sempre que estava trabalhando, seus sintomas depressivos se agravavam. Só então depois de muito tempo observando esta mesma repetição, conseguiu entender por que isto acontecia. A depressão, portanto, marca muito sua experiência com o uso de hormônios.

Quando a minha crise de depressão ficava muito forte, eu tava sempre trabalhando. Eu falava, eu pensava, por que que tá acontecendo isso? Eu tô trabalhando, tô saindo com minhas amigas, tô tendo dinheiro pra ter as coisas e eu tô ficando mal... Aí eu liguei uma coisa à outra. A primeira coisa que eu faço com meu salário é comprar meus hormônios, e é sempre um ciclo de tipo 6, 7 meses, e aí começa a ficar bem pesada a depressão. Fica difícil sair de casa, fica numa carência, assim (...). Eu passava o dia todo chorando. E a gente não pode ser carente desse tanto. Ai eu parei, falei, vou dar uma parada pra ver. . É aquela coisa, você tá muito feliz, você já sabe que vai acabar. Vai ter um pico ali que você vai ficar muito triste do nada, do nada você vai ficar muito nervosa, e é essa mudança de humor. Eu já perdi assim, amizade, emprego, relacionamento por isso. Porque uma hora eu tô de boa, outra hora eu não tô (...). Acabei indo lá e pedindo conta (...). E foi assim que eu perdi o melhor emprego da minha vida (...). Aí eu fiquei um tempo em casa, tinha um restinho de hormônio. Aí depois de um tempo eu vi que eu voltei a ficar melhor, tava mais disposta, mais... Aí fui pro [emprego novo]. Aí passou um tempo, comecei a ficar mal de novo. Falei: ô gente, dá a impressão de que eu sou uma pessoa que num gosta de trabalhar. Porque eu começo a trabalhar, começo a ter vida, começo a sair, e eu começo a ficar mal? (Trecho de entrevista com Yolanda).

A depressão e as variações de humor são uma narrativa unânime. Dandara conta que entre 2016 e 2017, deixou de utilizar os hormônios em busca de estabilidade emocional.

Então, assim, a gente, eu percebo que comigo tudo que é de emoção, o hormônio parece que duplica. Se você tá triste, você fica triste demais. Se você tá chorando, você não consegue parar de chorar, chora demais. Se você tá muito alegre, tá muito eufórica, sabe? A gente vive as emoções da vida intensa, o hormônio faz você ficar mais intensa.

No entanto, quando questionava se há uma melhora nas variações de humor na ausência dos hormônios, muitas vezes a resposta é negativa. Este é um componente muito interessante da experiência com o uso de hormônios: os medicamentos fazem com que haja variações de humor, o que faz com que muitas vezes a depressão seja uma consequência de seu uso. Porém, muitas vezes, não utilizá-los não faz com que a depressão diminua, nem melhora as variações em seu humor.

Só que eu pensei que quando eu parasse, meu humor, essas emoções que eu descrevi, eu achei que iriam melhorar. E pelo contrário, só pioraram. Quando eu dei pausa no hormônio eu fiquei mais nervosa ainda (...). Eu acho que os hormônios, eles ajudam de certa forma, embora aumente as emoções da gente, de certa forma ele ajuda a gente, assim, na parte psicológica... Né... Reduz o crescimento de pelo, a questão da voz, seios, a pele fica mais delicada... Mais branquinha... E querendo ou não a gente olha no espelho, a gente nota essas mudanças. E a gente começa a se enxergar como a gente gostaria de enxergar, sabe? E então, realmente, quando a gente para de tomar, eu não sei se isso é psicológico, a gente sente muita falta do hormônio (Trecho de entrevista com Dandara).

Então acaba que você tem que escolher entre o seu psicológico e a sua aparência. Você não pode ter os dois (...). Primeiro de tudo são os pelos que você vê que cresce bem mais rápido. E assim, minha maior disforia são com os pelos. (Trecho de entrevista com Yolanda).

É essencial pensarmos sobre a influência dos hormônios nas variações de humor e depressão [especialmente ligada à redução da testosterona com o uso da ciproterona (SEAL *et al.*, 2012)], principalmente porque os níveis de depressão e suicídio – relacionados, sobretudo, ao isolamento social e à discriminação decorrentes da transfobia – são mais elevados em pessoas trans em relação à população em geral (HOFFMAN, 2014).

Outra questão frequentemente relatada pelas entrevistadas deste trabalho foi o medo ou a aparição de doenças circulatórias.

Eu dei uma parada porque eu tive um problema de má circulação e eu não sei se foi por causa dele (Diane 35®). Eu tava tendo problema de má circulação nas pernas, tava inchando, fiquei com medo (Trecho de entrevista com Ágatha).

Eu tive várias trombozes... Mas eu nem sabia que aquilo era efeito colateral dos hormônios (...), porque ninguém conhecia daquilo, né? Então a perna ficava super inchada. E muito vermelha, coçava, doía demais... Então a gente num tinha muito essa cultura de ir ao médico (...). Depois quando eu voltei já madura, já em 91, é que eu vim bater papo com algumas travestis que já tinham conhecimento dos efeitos colaterais do hormônio e que elas contavam a mesma história que eu e já tinham diagnóstico da trombose. Então, assim, então foi isso que eu tive. Trombose. E algumas das infectologistas diziam que era trombose, que tinha um pouquinho de conhecimento aqui em Belo Horizonte (Trecho de entrevista com Sônia).

As evidências sobre mortalidade relacionada a doenças cardiovasculares em mulheres trans usuárias de hormônio são limitadas e pouco conclusivas (HEMBREE *et al.*, 2017). Um estudo prospectivo que investigava fatores de risco cardiovasculares em mulheres trans usuárias de hormônio demonstrou alterações favoráveis em níveis séricos de HDL e LDL. No entanto, outros fatores, tais como ganho de peso, aumento nos níveis de pressão arterial e marcadores de resistência insulínica atenuaram estas mudanças favoráveis em níveis lipídicos (ELBERS *et al.*, 2003). Um estudo de coorte realizado com 816 mulheres trans (com média de idade de 41 ± 10 anos) não demonstrou aumento na mortalidade relacionada a doenças cardiovasculares, mesmo considerando uma taxa 32% maior de uso de tabaco neste grupo (VAN KESTEREN *et al.*, 1997). No entanto, é possível encontrar estudos menores que demonstram risco cardiovascular

aumentado no grupo de mulheres trans em uso de estrogênios em relação à população controle, como os estudos de Wierckx *et al.* (2012; 2013).

Em relação ao tromboembolismo venoso, efeito específico mencionado por Sônia, estudos demonstram que não se trata de um efeito tão frequente, especialmente quando bioidênticos de estrogênio são utilizados em detrimento do sintético etinilestradiol (ARNOLD *et al.*, 2016; OTT *et al.*, 2010), no entanto, devem ser avaliados fatores de risco adicionais e o regime hormonal pode ser otimizado de maneira a minimizar o risco de ocorrência (ASSCHEMAN *et al.*, 2014). Nos casos relatados pelas interlocutoras deste trabalho, especialmente no caso de Sônia, houve uma dificuldade em identificar precisamente a ocorrência ou não de tromboembolismo. No caso de Sônia, seu relato não nos permite concluir se de fato ocorreu o evento: em outro momento, ela menciona ter tido diagnóstico de erisipela, doença que posteriormente chama de trombose e que pode ter seus sintomas facilmente confundidos com os sintomas de tromboembolismo. No caso de Ágatha, segundo seu relato, apenas ocorreu inchaço e dor (indicativos de risco para incidência de tromboembolismo venoso) com o uso de Diane 35®, medicamento cujo risco aumentado de tromboembolismo com seu uso já é tradicionalmente conhecido (WOOLTORTON, 2003).

Embora presentes dentre os efeitos feminizantes “esperados” do uso de hormônios por mulheres trans e travestis, – fato diretamente relacionado à patologização das transidentidades que pressupõe que todas as pessoas trans possuem uma intensa disforia em relação ao genital – a redução da libido, a disfunção erétil e a redução de produção de espermatozoides, ao contrário, são apontadas pelas entrevistadas como efeitos não desejados. Esta questão apareceu com muita importância, especialmente nas entrevistas de Sônia e Dandara que chamaram a atenção da importância da ereção e da ejaculação para o trabalho sexual.

Mas a gente vai chegando na fase adulta e num consegue mais usar tantos hormônios porque o hormônio tira a ereção, né, e a gente pra trabalhar como profissional do sexo precisa ter né, também um pouquinho de ereção pra segurar os clientes (...). Já na Europa a gente já não usava tanto hormônio porque a gente precisava de ganhar muito dinheiro, né, porque a vida lá é muito cara, então não dava pra tá sem ereção, né. É o que eu falo hoje, é muito fácil as mulheres dizerem "eu sou uma mulher transexual" e não uso minha genitália masculina. Mas é muito fácil hoje, quero ver declarar isso lá na ditadura militar... Que a gente só tinha a prostituição como fonte de renda (...). A gente tem que aceitar todo tipo de cliente que chega, até suruba com casais (...). E não tem mesmo

espermatozoide, né? A gente mesmo que venha a ter ereção, mas não temos espermatozoides (...). O homem às vezes paga pra ver aquele ato de espermatozoide, né? E muitas das vezes a gente chega até a ter o orgasmo, mas não tem como provar pro cliente que você chegou ao orgasmo. É um problema na prostituição a questão da hormonioterapia (Trecho de entrevista com Sônia).

Hoje estive em uma palestra de uma endocrinologista de um ambulatório trans referência no Brasil. Ela falava sobre hormonização. Um conhecimento teórico admirável. No entanto, no meio de seus slides, lá estavam, dentre os efeitos benéficos dos hormônios: redução de libido e ereção. A medicina trata dessa forma, fechando seus ouvidos para a experiência das mulheres trans e travestis e para suas próprias demandas, uma vez que muitas relatam se sentirem confortáveis com seus genitais e considerarem estes efeitos como efeitos indesejáveis da hormonioterapia. Aliás, ignorando as estatísticas de porcentagem de mulheres trans e travestis que estão na prostituição no país, e que, por consequência, precisam ter ereção para trabalhar (Trecho de diário de campo).

No trecho acima, Sônia menciona uma questão muito importante e pouco discutida na medicina. A estatística atual da ANTRA, conforme já mencionado neste trabalho, mostra que 90% das travestis e mulheres trans trabalham como profissionais do sexo. Na prostituição, segundo os relatos das entrevistadas, a centralidade da feminização do corpo é materializada com a quantidade de clientes: aquela que tem formas “femininas” mais proeminentes é a que ganha mais dinheiro. Como Sônia mesmo ressalta, o hormônio foi o responsável por lhe dar quadril, seios, entre outras características do corpo feminino. Entretanto, com o uso dos hormônios, também vem um problema prático, especialmente para as que realizam trabalho sexual: a dificuldade, e, em alguns casos, impossibilidade de ereção. O pênis é um importante instrumento de trabalho da travesti/mulher trans profissional do sexo. Se a ereção está prejudicada, ou, como Sônia relata, se a ejaculação não acontece, as possibilidades de fazer dinheiro são muito reduzidas.

É, tinha que dar um tempo [sem tomar hormônio], né? Eu morei em Madrid... Em sauna, onde tinha cliente das 9 da manhã às 9 da noite... E em Madrid eu tive que parar de tomar hormônio mesmo... Porque quem num tivesse ereção, num ganhava dinheiro... Então em Madrid, eu tive que parar de usar meus hormônios, porque era uma casa fechada, eu num podia brigar com os clientes pra receber porque a dona da casa ia me expulsar e eu ia pra rua... A polícia de estrangeiro ia me pegar e me devolver pro brasil.. Então eu tinha que seguir as regras da casa e dos clientes... Então eu comecei a perceber que o hormônio, muitas das vezes, eu tinha que abandonar o hormônio pra poder me manter como profissional do sexo (...). Então a gente inicia, substitui o hormônio pelo silicone industrial....

Para Sônia, que morou na Europa, a perda da libido se manifestava em um problema ainda mais significativo: em época de Ditadura Militar no Brasil e trabalhando em Madrid,

caso fosse expulsa da sauna onde trabalhava, temia ser pega pela imigração e deportada. Ser trans e trabalhadora sexual no Brasil na ditadura militar, ela relata, não era uma vivência à qual gostaria de retornar. A solução era, então, interromper o uso de hormônios. Mas as transformações corporais, centrais para a conquista da clientela, não poderiam regredir de maneira que seu corpo perdesse os traços de feminilidade. Logo, era necessário apostar no efeito do silicone industrial, cujos riscos de uso já foram discutidos aqui previamente. Já para Dandara, para não ter que interromper o uso de hormônios, – sob o risco de ter regressão nos efeitos já conquistados – a solução que encontrou foi o uso “do azulzinho”, termo utilizado para designar o Viagra®, medicamento que também tem riscos cardiovasculares e pode, por consequência, potencializar os riscos da hormonização. Outra solução relatada por outras entrevistadas foi interromper o uso da ciproterona, hormônio que relatam ser o principal causador da perda de libido (por ser um bloqueador da testosterona) – mas que, no entanto, é um hormônio considerado chave na promoção dos efeitos feminizantes desejados. Esta é, portanto, uma discussão de central importância. A falta de outras opções de medicamentos hormonais no mercado que não causem tais efeitos e o fato de a medicina tratar esta questão como um efeito “desejado” demonstra claramente a falta de interesse em se desenvolver uma hormonização que se aproxime dos desejos e preocupações reais das usuárias.

Nesta mesma perspectiva, podemos apontar outra questão que emergiu na fala de uma das entrevistadas: a fertilidade. Embora seja recomendado que sejam discutidas questões sobre os efeitos dos hormônios na fertilidade e opções para sua preservação pré-hormonização (HEMBREE *et al.*, 2017), frequentemente esta é uma questão não discutida, o que mostra, mais uma vez a ausência de interesse da biomedicina em promover um cuidado que se aproxime dos interesses das pessoas usuárias de hormônios. Na verdade, ousou aqui propor uma aproximação de tal despreocupação das ciências biomédicas sobre a possibilidade de esterilização de pessoas trans com o processo histórico de esterilização massiva de mulheres negras que ocorreu a partir da segunda metade do século XIX, narrado por Werneck (2004). De caráter eugênico e racista, este processo extirpou das mulheres negras o direito à maternidade e aos seus direitos reprodutivos e sexuais. Enquanto que, para as mulheres brancas, a apropriação dos métodos contraceptivos hormonais representou uma “revolução sexual”, por outro lado estes métodos representaram novas possibilidades de controle compulsório da

fecundidade de mulheres negras (WERNECK, 2004). Parece-me bastante notável a similaridade do caráter higienista dos processos quando não se há uma elucidação sobre os riscos de esterilização quando da escolha da utilização de hormônios e não existe uma preocupação sobre monitoramento de fertilidade ou sobre possibilidades de preservação da fertilidade neste processo.

No entanto, apesar da pontuação e compreensão dos riscos, a disposição para vivenciá-los em relação ao uso de hormônios é muito variável. Quando Dandara me conta sobre uma das tentativas que fez de ir ao endocrinologista, diz que este tentou convencê-la de que ela não deveria se hormonizar devido aos riscos do processo. Ela então diz:

(...) Não, eles vieram falar de risco... Eu falei: meu bem, eu não sou demente, eu não sou louca, eu sei exatamente o risco, quais são os riscos, quais são as consequências, né, de se tomar esse medicamento irregularmente...né? Mas eu assumi, eu sou responsável por mim. Eu tenho direito de assumir os riscos do que eu faço. Né?

Como afirma Castiel (1996, p. 96), é preciso entender a possibilidade de “tanto o adoecer como a exposição a determinados riscos se constituírem em modos possíveis de permanecer vivo e, por extensão, de levar a vida”. Na sociedade do risco, viver passa a ser tornar-se um “gestor de riscos”. Já entendemos aqui previamente o local ocupado e as simbologias representadas pelos hormônios para aquelas que os elegem como formas de transformação corporal. Na fala de Dandara, percebemos o forte discurso institucional médico, repetido em tantos outros discursos das entrevistadas deste trabalho, voltado para a ênfase dos riscos do uso de hormônios. Tais discursos são especialmente voltados àqueles sujeitos tidos como “desconhecedores de sua realidade” (PELÚCIO, 2009), que devem, portanto, ter sua autonomia limitada e seus corpos fortemente controlados.

A lógica moral que rege a biopolítica atualmente é a lógica do “bem comer”, de reger as práticas sexuais para evitar infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), entre outras questões que perpassam a vigilância da preservação da saúde e a não exposição aos riscos (PELÚCIO, 2009). Como nos lembra a autora, a restauração da moralidade é feita por meio de sua instauração no corpo, que não é um assunto técnico, e sim, político e moral (PELÚCIO, 2009).

Khan *et. al.* (2019), apontaram que o risco de tromboembolismo venoso (riscos costumeiramente mais explorados na literatura) advindo do uso de hormônios por mulheres trans não é maior que o risco de tromboembolismo venoso decorrente do uso de estrogênios por mulheres cis na terapia de reposição hormonal. No entanto, enquanto verificamos a proibição do uso de hormônios por corpos trans, os mesmos riscos às mulheres cis decorrentes do uso de contraceptivos orais combinados são ignorados em nome de uma medicalização advinda da colonização dos corpos menstruantes por meio da medicina e da ciência, como apontado por Morais (2017).

Em uma perspectiva de patologização das experiências trans, a propaganda do risco do uso de hormônios parece concordar e muito com o esforço da medicina pela manutenção das hierarquias de saber enquanto formas de coerção às normas de gênero e à ordem social, muito mais que vinculadas a uma perspectiva de cuidado real com a saúde da pessoa trans/travesti (TENÓRIO e PRADO, 2016). Nesta perspectiva, como provocado pela mesma travesti (que aqui nomeio Luiza) que me fez a pergunta que intitula este capítulo, o discurso acerca do risco em relação aos hormônios se encerra em si mesmo. As pessoas trans devem, assim, abdicarem do uso de hormônios, abdicando então “de uma cultura própria, sem terem uma contrapartida que faça suas vidas mais habitáveis” (PELÚCIO, 2009, p. 132).

Uma revisão sistemática realizada por Canestri (2017) demonstrou a precariedade dos estudos encontrados na literatura que avaliam o uso de hormônios por pessoas trans. A maioria dos estudos executa as avaliações em contextos muito divergentes dos contextos de uso na vida real: em condições de acompanhamento que seguem diretrizes de protocolos clínicos, o que, conforme discutido previamente neste trabalho, frequentemente não acontece na realidade das transexuais e travestis, em que muitas vezes predomina a automedicação. Estes estudos, que reforçam os riscos da hormonioterapia (e cujos resultados, na maioria das vezes, sequer são generalizáveis para o uso da maneira como este acontece), não buscam oferecer possibilidades para que estes riscos sejam minimizados. Em lugar, buscam constantemente reiterar o lugar do conhecimento científico na proibição de (certos) estilos de vida. Percebe-se a ausência de estudos que proponham a pesquisa de novos hormônios, novos regimes ou formas de modificação corporal alternativas para que seja possível às pessoas atingirem seus objetivos expondo-se a menores riscos.

Consistentemente, o estudo de Defreyne *et. al.* (2019) traz apontamentos sobre a inconclusividade dos estudos presentes na literatura a respeito do uso de hormônios por pessoas trans. Segundo apontado pelos autores, os estudos disponíveis consistem em estudos de coorte de curta duração e que contam com amostragem insuficiente para que tragam conclusões consistentes.

Luiza, ao escutar minha resposta de que não, a literatura não aponta alternativas para uso mais seguro dos hormônios (para além dos já evidenciados neste trabalho), respondeu-me: “pois é, todo medicamento tem risco, né? Mas alguém vai inibir alguém de usar antidepressivo? Antidepressivo é interessante pra sociedade porque controla, né?” (trecho de diário de campo), colocação perfeitamente concordante com as questões aqui discutidas. O corpo, sob o uso de psicofármacos, é um corpo docilizado pelo encerramento químico, que tem o poder de modelar hábitos e condutas a um padrão social aceitável (CAPONI, 2009) – diferentemente do corpo de uma pessoa trans transformado por hormônios, que ao desafiar a cisheteronorma, provoca a “desordem” dos padrões sociais. Aqui, o saber e orientação sobre os riscos da hormonização não assumem a perspectiva do cuidado centrado na pessoa, e sim busca reforçar as perspectivas de poder disciplinar, biopolítica e de biopoder foucaultiana, bem como o controle do corpo-espécie conforme o desejável pela cisheteronorma (FOUCAULT, 1998; 1999).

9 “Depois de 18 anos de hormônios, eu sei o que faz bem, o que não faz bem, qual dosagem que pode iniciar, né...”

Gestadinona®, Perlutan®, Evra®, ciproterona (Androcur®), Climene®, Diane 35®, Repopil 35®, Ciclo 21®, finasterida, Premarin®, Mesygina®, desogestrel, Estrell®, Anacyclin®, Lindiol®... As entrevistadas deste trabalho relatam diversas fases da hormonização, guiadas especialmente pelas suas próprias experiências e experiências de conhecidas/amigas. Inúmeros nomes e esquemas hormonais aparecem em suas narrativas.

“Quando a gente tá no começo da transição, a gente fica desesperada pra poder ver efeito”, relata Sofia, que me contou ter-se sentido “horrorosa” (em suas próprias palavras) no início da hormonização.

Porque eu achava um corpo muito indefinido. Aqui tinha peito, mas embaixo não tinha quadril. Eu era reta com um peitinho de ovo frito. Aí, uai, eu num gostava!!! (...) Depois de um tempo que eu fui começar a gostar. Mas eu sabia que eu tinha que ter paciência, que não era assim da noite pro dia que eu ia acordar no outro dia Megan Fox... (Trecho de entrevista com Sofia).

Relatos como o de Sofia foram muito comuns: especialmente no início do processo de hormonização, a pressa para conquistar o corpo desejado é frequente. Isso, muitas vezes, faz com que sejam utilizados os “coquetéis” de hormônios.

E aí a gente copiava uma da outra, a gente fazia muita loucura. A gente colocava cartelas de Anacyclin® junto das frutas, fazia vitamina, tomava... Tomava injeção, naquela época os farmacêuticos aplicavam injeção sem receita médica... Era uma loucura imensa. Os nomes dos hormônios eram diferentes. Era gestadinona, Anacyclin®, eu não lembro de todos, e a gente copiava uma a outra (Trecho de entrevista com Sônia).

Sônia diz não se lembrar dos nomes de todos os hormônios que utilizava na época, pois alguns não são mais comercializados ou possuíam nomes diferentes dos atuais. Chama de “loucura” o modo como ela e as outras travestis se hormonizavam: frutas e cartelas de Anacyclin® eram ingredientes de vitaminas que elas bebiam. Experiência similar aparece em outras narrativas, como a que descrevo abaixo em um trecho de meu diário de campo.

“Dandara através do espelho” é um espetáculo autobiográfico da atriz travesti Dandara Vital. Fui assistir à peça. Dandara tem 36 anos e, dentro da narrativa, conta sobre o início de sua hormonização: ansiedades e sentimentos envolvidos. A pressa de se chegar ao corpo desejado tem efeitos: um comprimido de hormônio por dia, não basta. Um liquidificador, uma cartela de Diane 35®, leite, frutas, tudo isso em um só copo. Uma bela de uma vitamina de hormônio tomada inteira de uma vez. [Trecho de diário de campo].

Os “coquetéis” também aparecem em relatos de outros trabalhos, como em Amaral (2012) e Leal (2016). As misturas contendo diversos hormônios são especialmente frequentes nessa primeira fase de hormonização. No entanto, também é muito frequente o relato de que o aprendizado sobre os efeitos que cada hormônio pode proporcionar e

a presença de efeitos adversos acabam por moldar o uso e, muitas vezes, reduzir a quantidade e frequência de hormônios utilizados.

Pude perceber quais hormônios que me fazem bem, e o que dá alguma alteração na questão do meu humor, de questão de enjoos, de mal estar... Então hoje eu já sei exatamente o que é bom pra mim e o que não é (...). No decorrer dos anos eu fui fazendo esses testes, né? Aí hoje eu cheguei na conclusão do que usar.. Mas acho que isso varia também de pessoa pra pessoa, né? No caso o que faz bem pra mim pode ser que não faça pra outras... (Trecho de entrevista com Dandara).

Assim, as entrevistadas descreveram quais regimes hormonais já utilizaram, e os regimes aos quais se adaptaram melhor. Algumas dizem ter começado com o Ciclo 21® (que contém etinilestradiol, ou, o “hormônio no xixi de égua”, como se refere Sofia), e, após terem se informado, descobriram que se trata de um hormônio “mais nocivo para a saúde” (fala de Yolanda).

E aí através de outras meninas eu fiquei sabendo que o ciclo 21 era muito ruim. Além dele não ser efetivo pra terapia, ele era muito nocivo, né, a saúde, e tal... É muito pesado... Aí depois eu passei pro, que na época era um... Como que era o nome? "Estraf"... Acho que era "Estraf"... Que era o estradiol puro... Que hoje em dia é o Estrell®.. E aí é o estradiol puro (...). O mais recomendado assim é o Estrell®, que ele é um estradiol bioidêntico, né? (Trecho de entrevista com Yolanda).

Essas informações, relatadas por quase todas as entrevistadas, mostram novamente como o compartilhamento de informações entre as mulheres trans/travestis se configura em uma forma muito valiosa de construção de conhecimento. Mesmo que distante da “vigilância” direta da medicina, informações científicas muito relevantes para a construção de uma hormonização mais segura circulam entre elas. De fato, de acordo com o protocolo referenciado aqui neste trabalho e também concordante com diversos artigos, recomenda-se a priorização do uso do 17 β -estradiol, hormônio bioidêntico que possui melhor perfil de segurança, além de recomendar-se também que o etinilestradiol não seja utilizado devido ao aumento do risco de eventos tromboembólicos (GOOREN, WILERCKX e GILTAY, 2014; HEMBREE *et al.*, 2017). Pela mesma razão, os mesmos autores sugerem priorização do uso de vias transdérmicas/parenterais ao invés da via oral, informação também muito disseminada entre as interlocutoras deste trabalho, que relatam terem encontrado maior segurança com o uso de hormônios injetáveis, géis e adesivos.

Diane 35®, Repopil 35® (respectivamente referência e similar de uma formulação contendo etinilestradiol + acetato de ciproterona 0,035 + 2 mg), Perlutan® (algestona acetofenida + enantato de estradiol 150 + 10 mg) e Androcur® (acetato de ciproterona 50 mg ou 100 mg) foram os hormônios mais frequentemente utilizados.

Diane 35® e Repopil 35® são tidos por muitas como “os mais fortes”, muito potentes em relação aos efeitos desejados, mas especialmente em relação aos efeitos adversos. “O Diane ele é o mais agressivo, entendeu? é o mais forte, é o que dá mais problemas que podem agravar o problema da má circulação...”, relata Ágatha.

Já a Perlutan®, formulação injetável barata (preço médio R\$ 13), cuja posologia recomendada é uma injeção a cada mês, é muitas vezes utilizada de 15 em 15 dias, semanalmente, ou, em casos extremos, até mais de uma vez por semana. Isto porque, segundo a maioria dos relatos, Perlutan® é o hormônio combinado capaz de promover os melhores efeitos.

Quando eu to namorando é de 15 em 15 dias... Quando eu num tô, eu vou sair, por exemplo, planejo sair no final de semana, sexta feira, Perlutan® é 72 horas... Você toma uma Perlutan®, com 72 horas ele tem o efeito. Então é por aí (...). Mas aí quando eu tenho que sair pro crime, tá entendendo? Eu tenho que tomar uma Perlutan®... Porque o que me traz os homens! (Trecho de entrevista com Sônia).

Sônia completa sua fala dizendo: “Peitão é a Perlutan®!”, para dizer da efetividade do hormônio. Todas as entrevistadas ressaltam o crescimento dos seios como um dos principais objetivos e a Perlutan® como a fórmula para conquista-lo. Misturada ao Diane 35®, Sofia diz, “aí é a porção da beleza”.

A “porção da beleza” fica completa com o uso do Androcur® (ciproterona), quase sempre referido simplesmente como o “bloqueador” pelas entrevistadas. Da maneira que foi utilizado por Dandara, na pré-adolescência, impediu que ocorressem as mudanças da puberdade em seu corpo. Já mais velhas, combinando-o com o uso de algum outro hormônio, relatam ser a ciproterona o “hormônio dos sonhos” em relação aos efeitos obtidos no corpo. Contam perceber-se sempre mais “masculinizadas” sem o bloqueador: pelos crescem mais rápido, a massa muscular fica mais rígida... Isso porque, segundo me conta Ágatha, “ele corta literalmente o hormônio masculino do corpo”.

No entanto, ao terem como efeito o bloqueio da ação/produção da testosterona, as entrevistadas apontam também a redução na produção de esperma e da libido com o uso da ciproterona, problema já anteriormente discutido neste trabalho. Outra questão também apontada com o uso da ciproterona é a depressão. “Todo mundo sabe que homem é muito feliz, né? testosterona é uma coisa que deixa homem muito feliz. Muito dispostos, muito com libido, libera muita serotonina”, me conta Yolanda ao pontuar sobre os efeitos da testosterona no corpo; por consequência, a ausência de testosterona seria uma importante causadora de depressão – dado corroborado por estudos da literatura (KHERA, 2013; KRANZ *et al.*, 2015).

Mas, ao falarem sobre o uso de outros medicamentos com efeito antiandrógeno, descartam a possibilidade de substituição da ciproterona: “espironolactona emagrece (...), para de reter líquido. E o corpo que o hormônio te dá tem muito líquido retido”, aponta Sofia; já “a finasterida corta um tipo de testosterona (...). Ela não é muito indicada porque ela não corta tudo. O acetato, ele já corta a produção”, me explica Yolanda.

Entre pesquisas e experiências, contam também como aprenderam a manejar os efeitos indesejáveis. Para “ralear o sangue”, melhorar dores nas pernas, evitar inchaços e eventos tromboembólicos, AAS (em alguns casos, recomendado uma vez por semana). “Era um por semana e eu via efeito”, “a perna parava de doer”, conta Sofia. Para “fortalecer o organismo”, todas as entrevistadas relataram utilizar suplementos vitamínicos junto aos hormônios. “Os hormônios enfraquecem o organismo e alteram toda a estrutura celular. Por isso, é necessário tomar vitaminas para fortalecer as fragilidades deixadas com a hormonização”, explica Dandara – fato que também aparece relatado em Benedetti (2005) e Silva (2007). Complementando a profilaxia dos efeitos adversos da hormonização, Sônia conta que antigamente era muito comum utilizarem injeções de Benzetacil®. “A Benzetacil® já é uma profilaxia da trombose. A gente já toma a Benzetacil® pra num ter os efeitos colaterais do hormônio”, “fazia parte da hormonização tomar um antibiótico”. Benedetti (2005) já apontava esse costume entre as travestis. Suas entrevistadas diziam utilizar uma ou duas doses de Benzetacil® ao mês para combater um suposto enfraquecimento do “sistema de defesa”, um enfraquecimento do sangue.

10 Hormonização e uso de outros medicamentos

A principal questão levantada neste trabalho em relação ao uso de outros medicamentos concomitantemente aos hormônios são as incertezas que pairam sobre a possibilidade de interação com os medicamentos antirretrovirais utilizados no tratamento do HIV.

A infectologia não achava adequado as pessoas transexuais e travestis que tomasse coquetel, tomar hormônio. Isso é muito recente, não sabemos nada sobre isso, estamos arriscando e estamos aqui construindo um novo momento de ver o que que pode ser feito do hormônio com os antirretrovirais. (Trecho de entrevista com Sônia).

Sônia, já diagnosticada com HIV à época, começou a receber medicamentos antirretrovirais com a regulamentação da distribuição em 1996. Anteriormente com o CD4 muito baixo, ela conta: “o coquetel me salvou”. À época, foi informada de que a terapia antirretroviral não poderia ser utilizada concomitante aos hormônios. Já tendo passado por épocas sem hormônios, ela então abandonou a hormonização para que pudesse fazer o seu tratamento para o HIV. Voltou a utilizar os hormônios apenas em 2015, quando estava se sentindo muito deprimida e frustrada com seu corpo.

E: E quando que você voltou a usar hormônio?

S: Agora, ultimamente? 2015. Tem dois anos. Vai fazer 3 anos.

E: Como que pra você foi voltar assim?

S: Aj, voltei, eu tava muito deprimida. E a minha pneumologista falou assim: num vou te mandar você pro psiquiatra não, porque eu posso ser sua... Que que te aflige? "Eu num tô gostando do meu corpo, eu quero voltar a tomar hormônio, mas num sei...". Ela falou "ah,... Vou te dar a receita... Que que você usa?" (Trecho de entrevista com Sônia).

Porém, segundo seu relato, a desinformação ainda prevalece: até hoje, muitos profissionais lhe dizem que não se deve utilizar o coquetel e os hormônios de maneira simultânea; outros dizem não entenderem do assunto, pois lhes “foge da alçada”.

E: Com algum outro médico, além da pneumologista, você já conversou sobre hormônio? Assim, tirando a endocrino que você foi. Algum outro médico que você já passou...

S: ah, todos os infectos, mas eles num têm diálogo não. Num entende nada...

E: e geralmente eles falam que não pode usar antirretroviral com hormônio?

S: É, muitos dizem que num pode, num tem resposta, num entende, foge da alçada.

Novamente, aqui fica nítido o desinteresse dos profissionais em buscar informações que atendam às demandas e necessidades das pessoas trans. Considerando-se a altíssima prevalência de HIV/Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) entre mulheres

trans/travestis em relação a outros recortes da população (de acordo com dados trazidos pelo Ministério da Saúde (2017), na população do Rio de Janeiro é de 31,2%), torna-se importante pensar o acompanhamento da hormonização junto dos antirretrovirais e do uso da PrEP/PEP (profilaxia pré-exposição ao HIV/profilaxia pós-exposição ao HIV). O Ministério da Saúde traz em seu protocolo de manejo clínico da terapia antirretroviral (TARV) para o adulto todas as possíveis interações entre estes medicamentos e os hormônios. A hormonização pode ter sua eficácia ou segurança reduzidas com o uso concomitante de antirretrovirais, a depender de qual a combinação em uso (BRASIL, 2018; RADIX, SEVELIUS e DEUTSCH, 2016). No entanto, até onde é de meu conhecimento, não existem estudos que avaliem de fato a relevância clínica dessas interações documentadas quando estes medicamentos são utilizados por pessoas trans. Os estudos existentes demonstram apenas a influência na efetividade em relação ao uso de hormônios para a contracepção em mulheres cis (NANDA *et al.*, 2017) e, segundo Radix, Sevelius e Deutsch (2016), mais estudos são necessários para que possamos dimensionar a importância destas interações. No entanto, as autoras advertem, os profissionais de saúde que acompanham as pessoas trans em uso de hormônios e de TARV devem se manter vigilantes sobre possíveis interações e monitorar níveis hormonais caso haja algum sinal de alerta (RADIX, SEVELIUS e DEUTSCH, 2016).

Sônia e Ágatha, as duas participantes deste trabalho que possuem diagnóstico de HIV, relataram ter interrompido ou reduzido o uso de hormônios quando do início do uso da TARV. Não obstante, considerando o papel central do hormônio na construção dos corpos das pessoas trans que escolhem utiliza-los (como já discutido neste trabalho), é possível que priorizem a hormonização em relação ao outro tratamento, mesmo que existam riscos envolvidos. Um exemplo disso é a menor adesão observada entre mulheres trans à PrEP, que é frequentemente relacionada à priorização do uso dos hormônios (POTEAT *et al.*, 2014; SEVELIUS *et al.*, 2016). De acordo com Anderson, Reirden e Castillo-Mancilla (2016), em relação à PrEP, até o momento não existem evidências teóricas nem experimentais que confirmem uma possível interação medicamentosa com os hormônios. No entanto, vemos relatos como o do estudo de Sevelius *et al.* (2016):

Se isso interrompesse meu progresso com hormônios, eu ficaria irada, porque eu gosto de ficar bonita e ser bonita é ter um rosto delicado. E se os hormônios não me dão esse rosto delicado enquanto eu tomo um comprimido que serve para impedir algo que as camisinhas fazem muito bem sozinhas, aí eu provavelmente

os processaria... Isso definitivamente me faria parar instantaneamente. Eu ficaria tipo [estala os dedos], parei com esse remédio. (SEVELIUS *et al.*, 2016, p. 10, tradução livre).

Estudos demonstram a importância da criação de ambientes de cuidado onde as mulheres trans/travestis sintam-se seguras e respeitadas em relação à sua identidade de gênero, e que integrem a hormonização nos cuidados clínicos ofertados (GRANT *et al.*, 2016; SEVELIUS, DEUTSCH e GRANT, 2016). Em um estudo no qual a prescrição de hormônios ocorria no mesmo local de provisão de cuidados para o HIV, a adesão à TARV foi maior, bem como o comparecimento aos serviços de atenção ao HIV nos últimos 6 meses, e encontrou-se maior probabilidade de que as usuárias atingissem carga viral indetectável (DEUTSCH *et al.*, 2015). No Brasil, todo o tratamento para o HIV é ofertado pelo Sistema Único de Saúde, e as diretrizes de cuidado preveem que todo indivíduo diagnosticado com a infecção deve ser vinculado ao serviço de saúde e passar por acompanhamento clínico regular e contínuo (BRASIL, 2018). Sendo assim, sublinha-se o potencial que estes serviços possuem para provisão de um cuidado que considere questões específicas para mulheres trans/travestis. No entanto, o que vimos aqui de acordo com os relatos de Sônia e Ágatha, é que os profissionais de saúde dos locais onde são acompanhadas em relação ao tratamento para o HIV negligenciam as demandas relacionadas à hormonização – fato que pode levar ao abandono do uso de hormônios (podendo causar outros problemas de ordem psíquica, por exemplo, como foi o caso relatado por Sônia), ou, ainda mais grave em termos de saúde pública, ao abandono da TARV.

11 O acesso aos hormônios: o processo transexualizador e as farmácias/drogarias

“Sônia, seus hormônios você geralmente compra?”, pergunto. E assim começa nossa discussão sobre acesso. Sônia, que conhece a Portaria Nº 2803/2013 (BRASIL, 2013) do Ministério da Saúde, me diz:

Compro... Que a portaria da saúde integral da população lgbt prevê prótese de silicone, cirurgia de gogó, retirada de barba e hormonioterapia. Mas se num lutar na justiça, vou morrer sem peito (...). Isso são portarias, né? mas vai por na prática...

O repasse financeiro para compra dos hormônios para o processo transexualizador não ocorre via Fundo Nacional de Saúde, como é de praxe para os medicamentos da

RENAME (BRASIL, 2017). A transferência de recursos ocorre via Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) apenas para ambulatórios credenciados no Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Estes são apenas 13, em 10 estados do Brasil. Só recentemente, em janeiro de 2017, o primeiro ambulatório de Minas Gerais foi credenciado (em Uberlândia), o que não soluciona o problema do acesso para a maior parte da população do estado. O ambulatório recém inaugurado em Belo Horizonte, do hospital estadual Eduardo de Menezes, aberto em 23 de novembro de 2017, não é ainda credenciado no Ministério da Saúde, e, portanto, não recebe financiamento para compra e distribuição de hormônios. Neste sentido, todas as entrevistadas apontam ter dificuldades financeiras para o acesso aos hormônios.

E, bom, acho que eu diria que é difícil o acesso... Porque vamos supor, quando eu trabalhava... eu não vou fazer isso mais, agora eu já sei que não posso tomar esse tanto de hormônios... mas era praticamente quase 200 reais todo mês do meu salário. Eu já tinha que tirar e separar pro hormônio. O acetato de ciproterona, a caixa dele vem com 20. Você sabe, você tira ali, por exemplo, vai ficar 40 dias trabalhando até receber outro salário. Se for 5º dia útil, nunca é no dia 5... Aí eu já comprava duas caixas, já é 60... Mais o Estrell 30 e poucos... Que varia muito de preço, tem dia que tá 30, tem dia que tá 40 e poucos (...). Mais as vitaminas, né, que a gente tem que tomar também junto pra não fuder tanto o fígado (...) (Trecho de entrevista com Yolanda).

Sônia, que viveu parte de sua vida em situação de rua (no Brasil e na Europa), conta sobre algumas épocas em que teve que deixar de utilizar hormônios por falta de recursos. Atualmente, após receber prescrição da endocrinologista de hormônios que considera muito caros, ela fala sobre suas possibilidades.

Então eu comecei a ter a consciência de que a terapia hormonal certa, ela é muito cara. (...). É muito cara, e o hormônio que eu tomo hoje, quando eu posso comprar, é o Evra® que é um adesivo (...). Muitas das vezes o Evra® fica caro, né? então é mais de 100 real por mês, pra quem compra comida, compra suprimento alimentar... (Trecho de entrevista com Sônia).

A “terapia hormonal certa”, como chamada por Sônia, é a utilização de formas farmacêuticas mais seguras – *patches* transdérmicos, gel, e o uso dos hormônios bioidênticos contendo 17 β -estradiol. Devido ao alto preço destes medicamentos, ela diz, acaba sendo levada a utilizar hormônios mais baratos, principalmente a Perlutan®. Outras entrevistadas possuem relatos similares, como Yolanda que relata entender que o Estrell® gel (estradiol) é um hormônio mais seguro, porém utiliza o Diane 35® devido ao preço. Tal questão nos coloca diante de um impasse: como, enquanto profissionais de saúde, determinar o uso de um medicamento mais seguro, se as usuárias não

possuem recursos financeiros para acessá-lo? Aqui reside uma grande falha do processo transexualizador, que não é capaz de garantir acesso aos hormônios, embora se proponha a tal, conforme a portaria 2.803/2013 (BRASIL, 2013).

Para além de questões financeiras, quando questiono se já enfrentaram algum tipo de problema ou impedimento para comprar os hormônios em drogarias, a resposta é quase unânime: normalmente, não são questionadas. Independente do número e combinação de hormônios que querem comprar, elas relatam que em geral não ocorre nenhum tipo de objeção à venda ou interpelação sobre o objetivo daquele uso – o maior obstáculo que relatam é que não conseguem a aplicação dos hormônios injetáveis pelos profissionais da farmácia. Dandara e Yolanda são as únicas duas entrevistadas que relatam terem sido questionadas quanto a possuir uma prescrição médica em drogarias maiores, como as “de rede”. Por esta razão, sempre compram seus hormônios em farmácias menores, como as “de bairro”, ou ainda pela internet.

D: Já até me perguntaram por que que eu, né, pra que que eu ia comprar aqueles hormônios, eu falava que era pro meu processo transexualizador e eu precisava tomar aqueles hormônios.

E: E aí não falaram mais nada?

D: não, mas aí sempre me respeitaram, graças a Deus, nesse sentido aí nunca me desrespeitaram não. Mas eu acho que quando envolve dinheiro, as pessoas são muito bacanas. (Entrevistada ri). Acho que elas engolem o preconceito e pensa só no dinheiro (...).Compro, compro todos de uma vez, compro o antiandrógeno, a progesterona e o estrogênio. Aí fica em torno de R\$200 por mês.

E: Nossa...é muito caro... Mas então, quando você pede os 3 remédios, as 3 coisas de uma vez, as pessoas não questionam?

D: Não questionam. Eu já falo que um é pra uma ação, um é pra bloquear, e os outros dois pra manter minhas características femininas. Mas não questionam não. (Trecho de entrevista com Dandara).

Bom, como eu geralmente compro pela internet . Mas nem sempre, né? às vezes a gente vai no... às vezes compra o diane mesmo... eu já tive problema, muito pouco, mas eu já tive. Alguns pediram receita, aí eu falo: uai, aqui, toda mulher compra anticoncepcional sem receita. Vamo ser sincero, né? Porque você tá pedindo receita pra mim? Aí eu só virei e falei: não tem problema, vou em outra farmácia, não vou perder meu tempo com você não. Então eu, particularmente, nunca tive problema. A gente vê aqueles olhares, aquelas coisas. No comecinho eu tinha mais, sabe? Porque assim, eles num davam conta de que podia ser pra mim. Hoje em dia como fica aquela dúvida, não sabe se é cis, se é trans, eles vendem. Mas no comecinho, assim, minha transição incompleta, quando tinha uma aparência mais masculina, às vezes eles pediam receita. Perguntava pra quem que era, ai eu virava e falava: é pra minha namorada. Dava aquele migué. Pra não engravidar e tal. (Trecho de entrevista com Yolanda).

As entrevistadas em geral consideram a ausência de questionamentos sobre o uso dos medicamentos hormonais um ponto positivo, uma vez que farmácias e drogarias, desta

forma, não se configuram em mais uma barreira para o acesso nem em mais um local onde são desrespeitadas. Dandara ressalta, em tom crítico, “acho que elas engolem o preconceito e pensa só no dinheiro”, destacando a percepção das farmácias e drogarias como estabelecimentos exclusivamente comerciais.

11.1 A farmacêutica enquanto um elo para o cuidado?

O acesso aos hormônios, para a maioria das mulheres trans/travestis, se dá pelas farmácias privadas/drogarias – à exceção de quem, em algumas cidades específicas, consegue obter a dispensação pela via pública em ambulatórios credenciados no Ministério da Saúde. O farmacêutico, então, é um profissional de saúde que ocupa um lugar estratégico no contato com a população trans. Poderia, portanto, ter papel chave na identificação, prevenção e resolução de possíveis problemas relacionados ao uso dos hormônios, no aconselhamento, educação em saúde e encaminhamento da pessoa trans a serviços médicos. No entanto, no relato das entrevistadas deste trabalho, a (o) farmacêutica (o) não aparece como referência de profissional de saúde que pode fornecer informações, orientações ou até mesmo avaliar o uso de seus hormônios, como exemplificado na fala de Sônia.

É uma troca de experiência, mas elas têm um limite, elas num pode indicar medicamento. Elas podem explicar a função de cada medicamento. Mas ela sempre fala: você tem que ir na endocrinologista (...) Tipo "que que o médico passou pra você?" (...). Aí eu procuro saber o efeito desses todos... Você tá entendendo? Você tem esse? quanto custa esse? É muito caro, quero ver um que substitui, por exemplo... Tá entendendo? Esse diálogo também ajuda. Mas as farmacêutica tá muito empoderada do que pode e do que num pode. Elas num receita, elas vendem (...). Pro farmacêutico, você é um cliente, né? Ele é simpático, te atende... Mas é cansativo você questionar uma coisa que nem eles também sabem tanto, né? (Trecho de entrevista com Sônia).

Na fala acima, Sônia relata que, em suas conversas com farmacêuticas na drogaria, ela sempre questiona sobre as funções específicas de cada hormônio, qual pode comprar para substituir algum que seja caro, entre outras questões. No entanto, ela diz ser cansativo questionar para quem não sabe as respostas. Ressalta, a função da farmacêutica é a venda, não a prescrição.

Esta visão do farmacêutico como um profissional da venda, do comércio, não é incomum aos usuários de medicamento, como demonstrado em outros trabalhos (DE CAUX, 2015; FREITAS, 2005; NAVES *et al.*, 2010; OLSSON *et al.*, 2002) e também reiterado por outras participantes deste trabalho. No estudo conduzido por Naves (2010), seus entrevistados afirmam uma visão da farmácia/drogaria como um espaço de venda de medicamentos e o farmacêutico como um vendedor de remédios, cujo objetivo maior é o lucro com a venda de medicamentos e outros produtos. Da mesma maneira, no estudo

de Olsson *et al.* (2002), o farmacêutico é visto como um “*businessman*”, aquele a quem somente importa o dinheiro que irá obter com a venda de medicamentos. No contexto da sociedade capitalista farmacopornográfica, onde medicamentos são bens de consumo e desejo, as drogarias tornaram-se muito mais espaços comerciais que espaços de saúde (DE BARROS, 2004). Os farmacêuticos são tidos pelos usuários como “especialistas do medicamento”, e não como profissionais habilitados para prestar informações em saúde, como demonstram Anderson, Blenkinsopp e Armstrong (2004).

Esta questão é bem pontuada na fala de Sônia quando ela diz ser “cansativo questionar” para alguém que não sabe/não está preparado para fornecer as respostas, denotando a falta de preparo de um profissional formado com conteúdo extensivamente técnico e que, muitas vezes, no mercado de trabalho, possui predominantemente atribuições gerenciais desligadas do cuidado ao paciente/usuário/cliente (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011b).

Em relação às deficiências técnicas da formação do profissional, as Diretrizes Curriculares Nacionais atuais do curso de farmácia (MEC, 2017) propõem que a formação do farmacêutico deve considerar, entre outros aspectos,

X - compromisso com o cuidado e a defesa da saúde integral do ser humano, levando em conta aspectos socioeconômicos, políticos, culturais, ambientais, étnico-raciais, de gênero, orientação sexual, necessidades da sociedade, bem como características regionais;

XI - formação profissional, que o capacite para intervir na resolubilidade dos problemas de saúde do indivíduo, da família e da comunidade (MEC, 2017, p. 2).

Como apontam as Diretrizes Curriculares Nacionais, o farmacêutico deve ser capaz de intervir na resolubilidade dos problemas de saúde do usuário, e ter compromisso com o cuidado, levando em conta aspectos, dentre outros, relacionados a gênero. Ainda, as Diretrizes propõem que o currículo de formação do profissional farmacêutico seja capaz de integrar as ciências humanas e sociais aplicadas, ética e bioética, proporcionando a compreensão dos determinantes sociais da saúde que consideram, dentre outros fatores, aqueles relacionados a gênero e orientação sexual. No entanto, na matriz curricular modificada para o curso de farmácia na UFMG, ainda não estão contemplados estes aspectos (UFMG, 2018). Como uma proposta que nasceu dos resultados deste trabalho, propus, em parceria com uma aluna de graduação e outra mestranda, uma disciplina que discute aspectos de gênero, sexualidade e saúde. Encontramo-nos, no primeiro semestre

de 2018, na primeira turma da disciplina, e as observações feitas com as alunas e alunos são unânimes: não há nenhuma discussão sobre aspectos técnicos (como, por exemplo, em relação à hormonioterapia) nem sobre gênero e sexualidade como determinantes sociais de saúde no decorrer do curso.

É notável o distanciamento dos alunos com os temas abordados. Sempre ressaltam que nunca participaram de discussões como aquelas na faculdade, muitas vezes dizem sequer terem pensado na importância daquelas discussões antes da disciplina. (Trecho de diário de campo).

Como mostrado por Newsome (2017b) e reiterado por Cocohoba (2017b) e Radix (2017b), a atuação de uma farmacêutica clínica pode ter papel essencial na melhoria do acesso e qualidade do atendimento e cuidado ofertado a pessoas trans. A atenção farmacêutica aparece enquanto fundamental no preenchimento de lacunas na formação e forma de atuação para a profissão de farmácia. Sendo uma prática clínica na qual o objetivo é que a farmacêutica se corresponsabilize (junto ao usuário de medicamentos e a outros profissionais de saúde) pela farmacoterapia do usuário, fornece um arcabouço teórico-metodológico para que a profissional seja capaz de realizar o acompanhamento de pessoas em uso (ou necessidade de uso) de medicamentos. Enquanto uma prática holística, preconiza que a farmacêutica deve avaliar todos os medicamentos em uso pelo paciente/usuário – e, ainda que o foco seja o uso de hormônios, não se pode ignorar todos os outros medicamentos/problemas de saúde, que devem ser avaliados em conjunto. A filosofia da atenção farmacêutica ainda direciona a prática para o cuidado centrado na pessoa e o estabelecimento de uma relação terapêutica, considerando e respeitando os objetivos e desejos individuais de cada indivíduo, aspectos tão fundamentais ressaltados neste trabalho.

Como ressaltado por Ramalho-de-Oliveira (2011a), oferecer atenção farmacêutica (enquanto serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa) não significa apenas atender às necessidades farmacoterapêuticas do usuário de medicamentos, e sim atender AO usuário de medicamentos – reconhecendo sua história e procurando compreendê-lo “em seus aspectos não mensuráveis”, “relacionados às suas motivações, a sua subjetividade, sua cultura, seus valores e sua realidade, da forma como ele a interpreta” (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011b). A autora ainda ressalta que, na perspectiva da atenção farmacêutica, o usuário de medicamentos deve ser entendido

como sujeito autônomo e conhecedor da própria vida, e, portanto, a principal fonte a ser considerada para compreensão de suas necessidades e desejos. Portanto, seu conhecimento e suas experiências vividas são consideradas importantes na tomada de decisão (compartilhada) em farmacoterapia (VIANA OLIVEIRA *et al.*, 2017).

(...) O medicamento não é somente um objeto que consertará um problema no corpo do paciente, mas possui representações diversas para o paciente, de acordo com a sua experiência passada e presente. Essas experiências vividas com enfermidades ou medicamentos influenciarão as atitudes e comportamentos do paciente, e conseqüentemente seus resultados em saúde. Essas experiências representam um tipo de conhecimento distinto daquele advindo dos ensaios clínicos controlados, como preconizados pela medicina baseada em evidência ou racionalidade biomédica. Essas experiências refletem conhecimentos da pessoa, do indivíduo como um sujeito que tem uma biografia pessoal, que ocupa um certo espaço social e que age de acordo com seus próprios desejos por razões que fazem sentido para ele ou para ela. Este conhecimento da pessoa deve ser essencial numa prática profissional que proclama ser centrada na pessoa. Com relação à educação do farmacêutico, precisamos criar experiências que facilitem a aproximação do estudante às experiências das pessoas doentes e das pessoas possuidoras de diagnósticos médicos. O futuro cuidador deve aprender a ter curiosidade e a se interessar pelo OUTRO que está doente, e encontrar espaços onde possa dialogar com essas pessoas para atingir uma maior compreensão das suas experiências. O acesso ao conhecimento da pessoa se dá pelo contato direto com o indivíduo, preferencialmente durante períodos de tempo mais prolongados, a fim de conhecer sua trajetória vivida com uma – ou várias – enfermidade(s) (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011a, p. 4).

Adaptando o trecho de Ramalho-de-Oliveira relatado acima, apenas trocando termos como “pessoas doentes” por pessoa usuária de medicamentos e “enfermidades” por experiências em saúde, a fala da autora sobre a educação voltada para o cuidado na atenção farmacêutica aproxima-se muito do que foi dito ao longo deste trabalho sobre a necessidade de um cuidado construído na perspectiva da valorização do conhecimento e das experiências das sujeitas usuárias de hormônios – em um processo tão ligado à construção de subjetividade como a hormonização.

Encerro este capítulo com um trecho de Ramalho-de-Oliveira (2011) – feitas as devidas adaptações de termos mencionados acima – no qual a autora traz considerações e direcionamentos sobre a necessidade de descolonizarmos os saberes e práticas de cuidado com vistas a fomentar o autocuidado sem apropriarmo-nos da autonomia do usuário. Desta maneira, fornece reflexões muito úteis para a atuação da profissional farmacêutica no contexto deste trabalho.

(...) O farmacêutico também corre o risco de estimular a dependência do paciente com relação ao médico ou ao próprio farmacêutico, privando o paciente da sua autonomia e liberdade para se engajar no autocuidado. Nesse caso,

corremos o risco de ‘colonizar’ a prática de autocuidado do paciente. Este é um aspecto que sempre me preocupou na atenção farmacêutica, uma vez que essa prática se insere muito fortemente no contexto das práticas tanto de automedicação quanto de autocuidado das pessoas. Entendo a ‘colonização’ da prática de autocuidado do paciente como uma certa apropriação do “ser-no-mundo” do OUTRO se considerarmos que o profissional de saúde, seja médico ou farmacêutico, tem o poder de intervir na trajetória da enfermidade do paciente sem considerar sua história biográfica, seus conhecimentos (principalmente aqueles que diferem do conhecimento científico ou da racionalidade médica) adquiridos durante toda sua vida, e sua capacidade de decisão. Neste sentido, o “ser-no-mundo” do paciente estaria subjugado pelas determinações, decisões e “prescrições” profissionais. Espero que o profissional da atenção farmacêutica se insira na trajetória do paciente com a atitude de quem possui conhecimentos especializados para ajudar o paciente a tomar as melhores decisões possíveis sobre sua saúde, considerando suas experiências, conhecimentos, valores, e desejos. Concordo que esse provavelmente não seja o caminho mais fácil para o profissional, mas certamente é o caminho em direção à preservação da autonomia do paciente e da minimização das relações hierárquicas na indústria da saúde (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011a, p. 7).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve início a partir de meu interesse por compreender melhor as experiências de mulheres trans/travestis/pessoas transfemininas com o uso dos hormônios que escolhem utilizar para modificarem as formas de seus corpos. A partir de reflexões sobre como as modificações corporais – e, portanto, o uso e efeito dos hormônios – estão relacionadas a produções de modos de subjetivação e de possibilidades de vida para aquelas pessoas trans que elegem realiza-las, despertou-me interesse escutar o que elas tinham a me ensinar sobre o modo como engendram suas estratégias de autocuidado (muitas vezes à margem do acesso formal à saúde).

Em uma tentativa de analisar questões que se interseccionam na determinação social da saúde de mulheres trans/travestis/pessoas transfemininas e propor estratégias de cuidado verdadeiramente centradas nas experiências das pessoas, adentrei-me em um desafio de integrar áreas das ciências sociais e da biomedicina. Sabia o quão desafiador seria aproximar as construções teóricas de gênero a questões tão “duras” como evidências científicas trazidas por diretrizes clínicas. No entanto, à medida que as entrevistadas foram me apresentando suas histórias, cada vez mais a transdisciplinaridade deste trabalho se introduzia para mim de maneira mais explícita e natural.

Na primeira unidade desta dissertação, procurei construir uma linha de raciocínio que permitisse às leitoras, por meio de uma síntese de estudos encontrados na literatura, compreender quais as questões que perpassam os temas abordados por este trabalho, de maneira a contextualizar os objetos desta pesquisa.

Após uma explanação sobre a metodologia que foi eleita para a condução deste estudo, chegamos à terceira unidade, na qual foram divididos capítulos que abordassem cada um dos temas mais importantes levantados nas entrevistas que realizei.

Vimos que o início do uso de hormônios geralmente ocorre na adolescência, e, de maneira geral, ocorre por vias outras que não a da prescrição médica: travestis mais

velhas, amigas e namorados aconselham, enquanto na internet a busca e troca de informações ocorre das mais variadas formas e nas mais diversas fontes. Desta maneira, constroem e compartilham conhecimentos entre si que se baseiam naqueles derivados de vivências, ao mesmo tempo em que se apropriam de linguagem e conhecimento biomédicos e científicos.

Quando analisamos o acesso à saúde, em conjunto, os apontamentos tornam evidente a necessidade de se repensar a maneira como estão (ou não estão) sendo ofertados os serviços de atendimento em saúde a pessoas trans no Brasil. Várias lacunas foram expostas: lacunas de formação de profissionais, de educação continuada, questões relativas à violação de direitos humanos, desrespeito às identidades trans, patologização das vivências trans que se configura em impossibilidade de acesso, insuficiência dos recursos do Estado, desinteresse na prestação do cuidado e despreparo técnico.

Nesta perspectiva, analisamos a produção e compartilhamento de conhecimento sobre hormônios entre as mulheres trans/travestis em uma perspectiva de redução de danos em relação aos riscos dos hormônios, que se torna ainda mais importante em sendo esta uma estratégia nascida de suas próprias necessidades enquanto exercem suas autonomias.

Pudemos entender melhor, na perspectiva das entrevistadas, sobre como os efeitos dos hormônios se materializam produzindo novas formas e contornos corporais: quais são os efeitos desejados, como ocorrem e quais sentimentos são evocados a partir das experimentações de novas corporalidades. Ao mesmo tempo, pudemos também entender melhor sobre como experienciam os efeitos adversos e quais as estratégias que conhecem para enfrenta-los.

Foram apontados ainda alguns desafios que devemos enfrentar enquanto profissionais de saúde e pesquisadores a fim de fomentar pesquisas de novos hormônios ou regimes hormonais alternativos que sejam capazes de atender melhor aos objetivos das mulheres trans/travestis/pessoas transfemininas, expondo-as ao menor risco possível e a preços acessíveis. Sobre esta última questão, falamos também a respeito da necessidade de uma melhor efetivação das políticas públicas – ainda falhas – que propõem acesso aos

procedimentos de modificação corporal de maneira gratuita e sem que sejam impostas barreiras.

No que diz respeito às práticas de cuidado pelos profissionais de saúde, ficou evidente a necessidade de se empreender de fato o que propõe a medicina baseada em evidências: a integração das evidências científicas com a experiência clínica do profissional e com as preferências e valores do usuário. Os relatos aqui apresentados nos permitem entender a importância de verdadeiramente escutarmos as experiências e objetivos das usuárias de hormônio (como, na verdade, faz-se necessário para qualquer paciente/usuário), e de utilizarmos estas experiências em nossas tomadas de decisão – que devem acontecer em um processo compartilhado com as usuárias.

Também foi levantada por este trabalho a necessidade de se promover o cuidado de maneira holística, não fragmentando a pessoa trans em alguém que só demanda intervenções de modificação corporal – ou, no caso das pessoas atendidas em centros de referência para o HIV, em alguém que só necessite cuidados ligados à infecção.

Desta maneira, apresentamos aqui a profissional farmacêutica como um possível elo para o cuidado, especialmente em se tratando de uma profissional que atua em um local estratégico de acesso a pessoas trans que procuram drogarias para aquisição de seus hormônios. No entanto, propomos mais: embora a farmácia não esteja preconizada dentre as profissões da equipe multidisciplinar do processo transexualizador, chamamos aqui a atenção para a potência do GTM no cuidado à pessoa trans.

Termino aqui este trabalho com um trecho que, entendo, sumariza algumas das perspectivas deste trabalho.

Se a medicalização da cultura, se o controle médico sobre o corpo das pessoas, sobre o direito de viver e como viver, sobre o direito de estar doente, de se curar e morrer como quiserem, se impõe a pacientes e a médicos, como em uma dialética do senhor e do escravo, por outro lado são muitas as formas de resistência – formas de sobrevivência, de preservação da autonomia ameaçada pelos outros e por si mesmo, pela subjetividade reinante. Resistências que não são calculadas ou previstas estrategicamente, mas reações simplesmente defensivas, reatividades, mecanismos defensivos, podendo constituir outras formas de crença, outras cristalizações. Podemos também, no entanto, como profissionais da saúde ou como pessoas, buscar formas criativas de expressão, abrindo brechas em meio aos padrões e práticas reinantes, recriando formas de vida micropoliticamente. As resistências, reativas e não ativas, defensivas e não

expansivas, são índices de uma luta, de um conflito de forças, indicam que algo não vai bem na saúde ideal que o mercado apregoa. Que estas sirvam sobretudo de alerta, como um sintoma que indica o adoecimento de um corpo. É imprescindível contudo que possamos dar um passo além, contribuindo para novas práticas e novos valores, novos modos de fazer, de agir, de afetarmo-nos, de conceber e vivenciar o que seja a saúde, a potência de vida e o próprio viver. As resistências lutam pela autonomia a partir do lugar de quem não a tem. É importante passarmos para criações singulares, tanto individuais quanto coletivas, que valorizem a autonomia e abram novos caminhos (Martins, 2004, p. 31).

Que sejamos resistência, que sejamos re-existências. Que sejamos fagulhas sobre as lutas que acreditamos e que sejamos capazes de criar novas formas de se promover e viver a saúde. Que nos afetemos pelas questões que precisam ser mudadas e teçamos novas possibilidades por entre as fissuras do CISTema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, Tássio. **Morrer para nascer Travesti: performatividades, escolaridades e a pedagogia da intolerância**. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal de São Carlos, 2016.

ALECRIM, Denyr Jefferson Dutra. **Perfil das travestis que realizam trabalho sexual em Belo Horizonte e utilizaram hormônios para a transformação do corpo: um estudo transversal**. Monografia de Trabalho de Conclusão de Curso (Farmácia). UFMG, 2014.

ALENCAR ALBUQUERQUE, G. *et al.* Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Systematic literature review. **BMC International Health and Human Rights**, v. 16, n. 1, p. 2, 2016.

AMARAL, M. DOS S. **Essa boneca tem manual: práticas de si, discursos e legitimidades na experiência de travestis iniciantes**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

ANDERSON, C.; BLENKINSOPP, A; ARMSTRONG, M. Feedback from community pharmacy users on the contribution of community pharmacy to improving the public's health: a systematic review of the peer reviewed and non-peer reviewed literature 1990-2002. **Health Expectations**, v. 7, n. 3, p. 191–202, 2004.

ANDERSON, P. L.; REIRDEN, D.; CASTILLO-MANCILLA, J. Pharmacologic Considerations for Preexposure Prophylaxis in Transgender Women. **Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)**, v. 72, p. S230–S234, 2016.

ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil TT - Transsexuality and public health in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1141–1149, 2009. ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de Souza; PISANESCHI, Tatiane Crenn (Org.). **Transexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde**. 1ª ed. São Paulo: Oficina Editorial, Maio de 2010. 372 p.

ARNOLD, J. D. *et al.* Incidence of Venous Thromboembolism in Transgender Women Receiving Oral Estradiol. **The journal of sexual medicine**, v. 13, n. 11, p. 1773–1777, nov. 2016.

ASSCHEMAN, H. *et al.* Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: a review. **Andrologia**, v. 46, n. 7, p. 791–795, set. 2014.

BAGAGLI, Beatriz Pagliarini. A diferença trans no gênero para além da patologização. **Periódicus**, v. 1, n. 5, p. 87–100, 2016.

BARBOSA, B. C. **Nomes e Diferenças: uma etnografia dos usos das categorias travesti e transexual**. Dissertação (Mestrado) Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo. 2010.

BARROS, José Augusto Cabral de. **Políticas Farmacêuticas: A Serviço dos Interesses da Saúde?** Brasília: UNESCO, 2004. 264 p.

BENEDETTI, Marcos Renato. **HORMONIZADA!** Reflexões sobre o uso de hormônios e tecnologia do gênero entre travestis de Porto Alegre. **XXII ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, Grupo de Trabalho 11 — Pessoa, Corpo e Saúde**. Caxambu-MG, 1998. Disponível em: < <https://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/22-encontro-anual-da-anpocs/gt-20/gt11-5/5126-mbenedetti-hormonizada/file>>. Acesso em 26 de dezembro de 2016.

BENEDETTI, Marcos Renato. **TODA FEITA: O corpo e o gênero das travestis**. Rio de Janeiro: Garamond. 2005. 144 p.

BENTO, Berenice. Transexuais, corpos e próteses. **Labrys: Estudos Feministas**, v. n. 4, n. ago./dez., 2003.

_____. **A Reinvenção do Corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual.** Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 256 p.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina.** 11ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2012. 160 p.

BRANDÃO, B. C. **A PRODUÇÃO DE CORPOS TRANS E SUAS INTERSEÇÕES COM OS PROCESSOS SAÚDE-DOENÇA: EFEITOS (IN)DESEJÁVEIS E AUTONOMIA DOS CORPOS.** Dissertação (Mestrado). Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora. 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.482 /97,** Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482_1997.htm>

_____. **Resolução CFM nº 1.955/2010,** 2010. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT.** Brasília: 1. ed., 1. reimp. 2013. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803,** de 19 de novembro de 2013. 2013. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/legis/portaria_4279_2010_diretrizes_rede_as.pdf>. Acesso em: 18 de maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Transexualidade e Travestilidade na Saúde.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 194p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2017.** Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, Do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 412 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820, de agosto de 2009**, Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasil, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, Do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 123p.

BRASIL. **Relatório de Violência Homofóbica no Brasil: ano 2013**. Secretaria Especial de Direitos Humanos do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/dados-estatisticos/Relatorio2013.pdf>>.

BRETÓN, D. LE. **Antropología del cuerpo y modernidad**. 1ª ed. 1ª reimp. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2002a. 256p.

_____. **Sociología del cuerpo**. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2002b. 112p.

BRUNTON, L.L. **Goodman & Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 12ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012.

BUTLER, Judith. Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory. **Theatre Journal**, v. 40, n. 4, p. 519, 1988.

_____. **Los cuerpos que importan**. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós, 2002a.

____. Criticamente subversiva. *In*: MÉRIDA JIMÉNEZ, R. (Ed.). . **Sexualidades Transgresoras. Una antología de estudios queer**. Barcelona: Editorial Icaria, 2002b. p. 55–79.

_____. **Deshacer el género**. Barcelona: Paidós, 2006. 392 p.

____. **Problemas de gênero - Feminismo e Subversão da Identidade**. 12^a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

CANESTRI, Luiz Otávio Ribeiro. **Avaliação do processo de hormonização em pessoas trans: uma revisão sistemática**. Monografia de Conclusão de Curso. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais, 2017.

CAPONI, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 95–103, 2009.

CARVALHO, M. F. D. L. A (im)possível pureza: medicalização e militância na experiência de travestis e transexuais. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. im, p. 36–62, 2011.

CASTIEL, L. D. Vivendo entre Exposição e Agravos: A Teoria da Relatividade do Risco. **Manguinhos**, v. 3, n. 2, p. 237–264, 1996.

CASTIEL, L. D. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. **Rev. Saúde Pública**, v. 8, n. 301, p. 91– 100, 1996.

DE CAUX, Thaís Rolla. **Meus filhos me perguntam: “por que consulta com a farmacêutica?”: Experiência de pacientes com um serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa**. Monografia de Conclusão de Curso. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice - The Patient Centered Approach to Medication Management**. 3ª ed. New York: McGraw-Hill Companies, 2012.

COCOHOBA, J. Pharmacists caring for transgender persons. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 74, n. 3, p. 170–174, 2017b.

_____. Pharmacists caring for transgender persons. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 74, n. 3, p. 170–174, 2017a.

COLEMAN, E. *et. al.* Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. **International Journal of Transgenderism**, v. 13, n. 4, p. 165–232, 2011.

CONRAD, P. The meaning of medications: Another look at compliance. **Social Science and Medicine**, v. 20, n. 1, p. 29–37, 1985.

_____. The Shifting Engines of Medicalization. **Journal Of Health and Social Behavior**, v. 46, p. 3–14, 2005.

CONRAD, P.; LEITER, V. Medicalization, markets and consumers. **Journal of health and social behavior**, v. 45 Suppl, n. 2004, p. 158–76, 2004.

CORDEIRO, M. O valor do corpo na construção da identidade. **Revista Estudos em Comunicação**, v. 12, n. 27, p. 19–26, 2011.

CORRÊA, M. C. D. V.; ARÁN, M. Tecnologia e normas de gênero. Contribuições para o debate da bioética feminista. **Bioética (Brasília)**, v. 16, n. 2, p. 1–14, 2008.

DALY, K. J. **Qualitative Methods for Family Studies & Human Development**. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc, 2007.

DAVI, E. H. D. **Belíssima: um estudo Merleau-Pontyano da corporalidade travesti**. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade Federal de São Paulo. 2013. 183 p,

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 1992.

DEUTSCH, M. *et al.* Associations between self-reported hormone use patterns and indicators of HIV care among transgender women of color in four US Cities. **Natl HIV Prev Conf**. 2015. (Abstract 1886).

DILL, B. T.; KOHLMAN, M. H. Intersectionality: A transformative paradigm in feminist theory and social justice. *In*: HESSE-BIBER, S. N. (Ed.). . **Handbook of feminist research: Theory and praxis**. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc, 2012. p. 154–174.

DUQUE, T. **Montagens e Desmontagens: vergonha, estigma e desejo na construção das travestilidades na adolescência**. Dissertação (Mestrado). Centro de Educação e Ciências Humanas. Universidade Federal de São Carlos, 2009. 166p.

BRASIL. Ministério da Educação. **RESOLUÇÃO Nº 6, DE 19 DE OUTUBRO DE 2017**.

Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=74371-rces006-17-pdf&category_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 10 jun. 2018.

ELBERS, J. M. H. *et al.* Effects of sex steroids on components of the insulin resistance syndrome in transsexual subjects. **Clinical Endocrinology**, v. 58, n. 5, p. 562–571, 2003.

ELWYN, G.; WIERINGA, S.; GREENHALGH, T. Clinical encounters in the post-guidelines era. **British Medical Journal**. v. 3200, n. June, p. 1–5, 2016.

FAUSTO-STERLING, Anne. **Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad**. Barcelona: Melusina. 2000. 526 p.

FELDMAN, J.; SAFER, J. Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the standards of care. **International Journal of Transgenderism**, v. 11, n. 3, p. 146–182, 2009.

Fhemig inaugura primeiro serviço ambulatorial de atenção especializada no processo transexualizador da saúde pública estadual. Disponível em:

<<http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/banco-de-noticias/por-assunto/162-materias-institucionais/4254-fhemig-inaugura-primeiro-servico-ambulatorial-de-atencao-especializada-no-processo-transexualizador-da-saude-publica-estadual>>.

FLICK, U.; KARDORFF, E. VON; STEINKE, I. **A Companion to qualitative research.** 1ª ed. Glasgow, Scotland: SAGE Publications, Inc, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber.** 17ª ed. São Paulo: Graal, 1998. 176 p.

_____. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976).** São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 287

_____. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOX N. J.; WARD, K. Health identities: from expert patient to resisting consumer. **Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine**, 10, p. 461-479. 2006.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 25ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, Erika Lourenço de. **Revelando a experiência do paciente com a atenção farmacêutica: uma abordagem qualitativa.** Dissertação (Mestrado). Faculdade de Farmácia, Departamento de Farmácia Social. Universidade Federal de Minas Gerais. 2005. 121 p.

FREITAS, Flávia Rachel Nogueira de Negreiros. **SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: DA FORMAÇÃO MÉDICA À ATUAÇÃO PROFISSIONAL.** Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências de Saúde. Universidade Federal do Piauí, 2016.

GALINDO, Dolores.; VILELA, R. Modos de Viver Pulsáteis: Navegando nas Comunidades. **Revista Polis e Psique**, v. 3, n. 2, p. 19–42, 2013.

GALINDO, D.; VILELA, R.; MOURA, M. Uma dose queer: performances tecnofarmacológicas no uso informal de hormônios entre travestis. *In*: SOUZA, L. L. DE; GALINDO, D.; BERTOLINE, V. (Eds.). . **Gênero, corpo e @tivismos**. 1ª ed. Cuiabá, MT: Editora da Universidade Federal do Mato Grosso, 2012. p. 1–236.

GARCÍA, F. V. Del sexo dicotómico al sexo cromático. La subjetividad transgenérica y los límites del constructivismo. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, v. 1, p. 63–88, 2009.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de ivan illich e michel foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 16, n. 40, p. 21–34, 2012.

GEISLER, A. R. R.; REIS, V. L. M. DOS; SPERLIN, S. Cidadania e democracia sanitária: refletindo sobre o direito à saúde da população “trans” numa perspectiva de integralidade. **Caderno IberAmer. Direito. Sanit.** v. 2, n.2, jul/dez. 2013. p. 242– 251.

GIBBS, G.; FLICK, U. **Análise de Dados Qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
GIORGI, A. **Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa**, 2014.

GOMES DE JESUS, Jaqueline. Identidade de gênero e políticas de afirmação identitária. **VI Congresso Internacional de Estudos Sobre a Diversidade Sexual e de Genero da ABEH**, v. 10, 2012.

_____. **Transfeminismo - Teorias & praticas**. 1. ed ed. Rio de Janeiro: Metanoia Editora, 2014.

_____. Transfobia e crimes de ódio: Assassínatos de pessoas transgênero como genocídio. **História Agora - A revista de história do tempo presente**, v. 1, p. 101– 123, 2015.

GOODMAN, Michael P. Are All Estrogens Created Equal? A Review of Oral vs . Transdermal Therapy. **Journal of Women's Health**, v. 21, n. 2, p. 161–169, 2012.

GOOREN, L. J.; WIERCKX, K.; GILTAY, E. J. Cardiovascular disease in transsexual persons treated with cross-sex hormones: Reversal of the traditional sex difference in cardiovascular disease pattern. **European Journal of Endocrinology**, v. 170, n. 6, p. 809–819, 2014.

GRANT, R. M. *et al.* Transgender Women in Clinical Trials of Pre-Exposure Prophylaxis. **Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)**, v. 72 Suppl 3, p. S226-9, ago. 2016.

HARAWAY, D. Um manifesto para os cyborgs: ciência, tecnologia e feminismo socialista na década de 80. *In*: HOLANDA, H. B. DE (Ed.). . **Tendências e impasses - O feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 288.

HEMBREE, W. C. *et al.* Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender- Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. **The Journal of clinical endocrinology and metabolism**, v. 102, n. 11, p. 3869–3903, 2017.

HESSE-BIBER, S. N. Feminist research. Exploring, Interrogating, and Transforming the Interconnections of Epistemology, Methodology, and Method. *In*: **Handbook of Feminist Research. Theory and Praxis**. p. 2–26.

HEPLER, Charles D.; STRAND, Linda M. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, p. 533–43, 1990.

HOFFMAN, B. An overview of depression among transgender women. **Depression Research and Treatment**, v. 2014, 2014.

INTERSEX SOCIETY OF NORTH AMERICA. **What is intersex?** Disponível em: <http://www.isna.org/faq/what_is_intersex>. Acesso em: 23 maio. 2018.

JAMES, S. G. **With Woman: The Nature of the Midwifery Relation**. Tese (Doutorado). Faculdade de Enfermagem. University of Alberta, 1997. 228p.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero : conceitos e termos**. 2ª ed. Brasília, 2012. 42 p.

JOHNSON, K. Transgender, Transsexualism and the Queering of Gender Identities. *In*: HESSE-BIBER, S. N. (Ed.). . **Handbook of feminist research: Theory and praxis**. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc, 2012. p. 606–626.

JOHNSON, M. E. Heidegger and meaning: implications for phenomenological research. **Nursing Philosophy**, v. 1, p. 134–146, 2000.

KAFLE, N. P. Hermeneutic phenomenological research method simplified. **Bodhi: An Interdisciplinary Journal**, v. 5, n. 1, p. 181–200, 2013.

KALCKMANN, S. *et al.* Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 146–155, 2007.

KHAN, Jenna *et. al.* Venous Thrombotic Risk in Transgender Women Undergoing Estrogen Therapy: A Systematic Review and Metaanalysis. **Clinical Chemistry**, v. 65, n. 1, p. 57–66, 2019.

KELLY, Michael P. *et al.* The importance of values in evidence-based medicine. **BMC Medical Ethics**. v. 16, n, 69. 2015. p. 1–8.

KESTEREN, P. J. VAN *et al.* Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. **Clinical endocrinology**, v. 47, n. 3, p. 337–342, 1997.

KHERA, M. Patients with testosterone deficiency syndrome and depression. **Archivos Españoles de Urologia**, v. 66, n. 7, p. 729–736, 2013.

KRAFFT-EBING, R. VON. **Psycopathia Sexualis**. Classic Re ed. Forgotten Books, 2012.

KRANZ, G. S. *et al.* High-Dose Testosterone Treatment Increases Serotonin Transporter Binding in Transgender People. **Biological psychiatry**, v. 78, n. 8, p. 525–533, out. 2015.

KRÜGER, Alícia; SILVA, R. P. DA. **Aspectos fisiológicos e a hormonoterapia para mulheres trans**. Monografia de Conclusão de Curso. Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2015.

LAQUEUR, T. **Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud**. 1ª ed. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1992.

LEAL, Jefferson. **O Corpo é meu! A vida é minha! A construção corporal de mulheres transexuais**. Monografia de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

LEFÈVRE, Fernando. A função simbólica dos medicamentos. **Revista de Saude Publica**, v. 17, p. 500–3, 1983.

____. A oferta e a procura de saúde imediata através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. **Revista de Saude Publica**, v. 21, p. 64–7, 1987.

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

LIMA, F. **Corpos , Gêneros , Sexualidades: Políticas de Subjetivação**. 2 ed. Porto Alegre: Rede UNIDA. 2004. 138 p.

____. Biotecnologias, modos de subjetivação e práticas de si nos processos de hormonização entre homens transexuais .29ª Reunião Brasileira de Antropologia. **Anais...**Natal, Rio Grande do Norte: 2014b

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

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: Avanços, impasses, desafios. **Physis**, v. 19, n. 1, p. 43– 63, 2009.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, Sexualidade e Educação. Uma perspectiva pós-estruturalista**. 1997. p. 184.

_____. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

_____. **Um Corpo Estranho: Ensaios Sobre Sexualidade e a Teoria Queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. 90 p.

LURIE, S. Identifying training needs of health-care providers related to treatment and care of transgendered patients: a qualitative needs assessment conducted in New England. **International Journal of Transgenderism**, v. 8, n. 2–3, p. 31–47, 2008.

MACHADO, P. S. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. **Cadernos Pagu**, n. 24, p. 249–281, 2005.

MACKEY, S. Phenomenological nursing research: methodological insights derived from Heidegger's interpretive phenomenology. **Nursing Studies**, v. 42, p. 179–186, 2005.

MAGALHÃES, Bóris Ribeiro de; SABATINE, Tiago Teixeira. A saúde como estilo e o corpo como objeto de intervenção. In: SOUZA, L. A. F. DE; SABATINE, T. T.; MAGALHÃES, B. R. DE (Orgs.). **Michel Foucault: Sexualidade, corpo e direito**. Marília, São Paulo: Cultura Academica, 2011. p. 133–154.

MANEN, M. VAN. Modalities of Body Experience in Illness and Health. **Qualitative Health Research: An International, Interdisciplinary Journal**., v. 8, n. 1, p. 7–24, 1998.

MANEN, M. VAN. **Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing**. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 2014.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 21–32, 2004.

MASIC, I.; MIOKOVIC, M.; MUHAMEDAGIC, B. Evidence Based Medicine – New Approaches and Challenges. **Professional Paper**. v. 16, n. 4, p. 219–225, 2008.

MATTOS, Amana Rocha.; CIDADE, Maria Luiza Rovaris. Para pensar a cisheteronormatividade na psicologia : lições tomadas do transfeminismo. p. 132– 153, 2016.

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

MISKOLCI, Richard. Corpos elétricos: Do assujeitamento à estética da existência. **Revista Estudos Feministas**, v. 14, n. 3, p. 681–693, 2006.

____. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. **Sociologias**, n. 21, p. 150–182, 2009.

MOL, A.; LAW, J. Embodied Action, Enacted Bodies: the Example of Hypoglycaemia. **Body & Society**, v. 10, n. 2–3, p. 43–62, 2004.

MORAIS, J. D. A. Gênero, corpo e sangue: uma etnografia sobre a medicalização da menstruação. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress, 2017, Florianópolis, SC. Anais Eletrônicos. Florianópolis: 2017.

MURTA, D.; CORRÊA, M. **Tecnologias de Modificação Corporal do Sexo e Normas de Gênero: sobre a regulamentação do cuidado a pessoas trans no Brasil.**

Disponível em:

<<http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015/07/enlac11.pdf>>. Acesso em: 28 maio. 2018.

MURTA AMARAL, D. Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. p. 107f–107f, 2011.

NANDA, Kavita. *et al.* Drug interactions between hormonal contraceptives and antiretrovirals. **AIDS**. v. 31, 2017. p. 917-952.

NARDI, H. C. Nas tramas do humano: quando a sexualidade interdita o trabalho. *In*: POCAHY, F. (Ed.). . **Rompendo o Silêncio - Homofobia e heterossexismo na sociedade contemporânea. Políticas, teoria e atuação**. Porto Alegre: Nuances, 2007. p. 116.

NAVES, J. D. O. S. *et al.* Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1751–1762, 2010.

NAVES, J. DE O. S. Utilização de métodos qualitativos e quantitativos para investigação da assistência farmacêutica. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 2, p. 303–316, 2013.

NEWSOME, C. *et al.* Incorporating a pharmacist into an interprofessional team providing transgender care under a medical home model. **Am J Health Syst Pharm**, v. 74, n. 3, p. 135–139, 2017b.

____. Incorporating a pharmacist into an interprofessional team providing transgender care under a medical home model. **Am J Health Syst Pharm**, v. 74, n. 3, p. 135– 139, 2017a.

NÚCLEO De Direitos Humanos E Cidadania LGBT (NUH-UFMG). **Direitos e violência na experiência de travestis e transexuais na cidade de Belo Horizonte: construção de um perfil social em diálogo com a população**. Disponível em: <http://www.nuhufmg.com.br/gde_ufmg/index.php/resultados/saude/graf28>. Acesso em: 19 abr. 2017.

NÚCLEO de Direitos Humanos e Cidadania LGBT (NUH-UFMG). **Transexualidades e saúde pública no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans**. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <<http://www.nuhufmg.com.br/homens-trans-relatorio2.pdf>>.

OLSSON, E. *et al.* Health professionals' and consumers' views on the role of the pharmacy personnel and the pharmacy service in Hanoi, Vietnam--a qualitative study. **J Clin Pharm Ther**, v. 27, n. 4, p. 273–280, 2002.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics**. 2018. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>>. Acesso em: 24 dez. 2018.

_____. **The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication Contents**. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/>>. Acesso em: 29 abr. 2018.

OTT, J. *et al.* Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone therapy. **Fertility and sterility**, v. 93, n. 4, p. 1267–1272, mar. 2010.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 27–37, 2009.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. p. 1–6, 2010.

PELÚCIO, L. **Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids**. São Paulo: Annablume, Fapesp. 200-. 264 p.

PINHEIRO, Tarcísio Dunga. Entre elas: Políticas públicas e cidadania de travestis e mulheres transexuais de uma ONG em Natal/RN. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2016. 101 p.

PONTES, J. C. DE; SILVA, C. G. Cisnormatividade e passabilidade: deslocamentos

e diferenças nas narrativas de pessoas trans. **Periódicus**, v. 1 nov.2017, n. 8, p. 396–417, 2017.

POPE, C.; MAYS, N. (org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POTEAT, T. *et al.* HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. **The Lancet**, v. 385, n. 9964, p. 274–286, 2014.

PRECIADO, B. Pharmaco-pornographic Politics: Towards a new gender ecology. **Parallax**, v. 14, n. 1, p. 105–117, 2008.

PRECIADO, P. B. **Manifesto Contrassexual-Práticas Subversivas de Identidade Sexual**. 1. ed. São Paulo: n-1 Edições, 2014.

RADIX, A. E. Pharmacists' role in provision of transgender healthcare. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 74, n. 3, p. 103–104, 2017b.

____. Pharmacists' role in provision of transgender healthcare. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 74, n. 3, p. 103–104, 2017a.

RADIX, A.; SEVELIUS, J.; DEUTSCH, M. B. Transgender women, hormonal therapy and HIV treatment: a comprehensive review of the literature and recommendations for best practices. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, n. 3 Suppl 2, p. 20810, 2016.

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, Djenane. **Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa**. São Paulo: editora RCN. 1ª ed. 2011. 328 p.

_____. Por uma formação crítico-humanista do profissional da atenção farmacêutica: Um ensaio reflexivo. **Boletín Red Sudam. Aten. Farm.**, v. 5, n. 1, p. 1–10, 2011a.

____. Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients' medication experiences. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 52, n. 1, p. 71, 2012.

REGO, Francisco Cleiton Vieira Silva do. VIVER E ESPERAR VIVER: corpo e identidade na transição de gênero de homens trans. Dissertação (Mestrado). Departamento de Antropologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2015.

ROCON, P. C. *et al.* O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? **Interface: comunicação, saúde e educação**. v. 22, n. 64, p. 43–53, 2018.

RODRIGUEZ, A. M. M. Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC, 2013-2014. **Psychological Science**, v. 25, n. 9, p. 1682–1690, 2014.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência Da Diferença: Sexo, Contracepção e Natalidade na Medicina da Mulher**. Tese (Doutorado). Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000. 404 p.

ROHDEN, F. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 1, p. 89–109, 2009.

ROSO, A. *et al.* Relatos de aborto medicamentoso na internet: ilegalidade restringindo os direitos das mulheres. **Conexão – Comunicação e Cultura**, v. 16, n. 32, p. 65–96, 2017.

RUFINO, Andréa Cronemberger; MADEIRO, Alberto Pereira; GIRÃO, Manoel João Batista Castello. O Ensino da Sexualidade nos Cursos Médicos: a Percepção de Estudantes do Piauí. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 178–185, 2013.

SAMPAIO, Juliana Vieira. Viajando entre sereias: saúde de transexuais e travestis na cidade de Fortaleza. Dissertação (Mestrado). Centro de Humanidades, Universidade

Federal do Ceará. 2013.

SANTOS, Anne Rafaelle Telmira. A experiência da hormonioterapia das transexuais em Maceió/AL. **Latitude**. v. 7, p. 129–147, 2012.

____. **A Atenção Básica à Saúde no truque: o encontro das travestis e as agentes comunitárias de saúde no bairro Rio Branco em Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia Social, Universidade Federal de Minas Gerais. 2015.

SANTOS, M. C. B.; ALMEIDA, G. “Você realmente escolheu atender gente que nem a gente ou te obrigaram?” Notas sobre a assistência à saúde e pessoas trans no Sistema Único de Saúde. *In*: DUARTE, M. J. DE O. *et al.* (Eds.). . **Política de Saúde Hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais**. 1. ed. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2014. p. 295–314.

SANTOS, V. E. DOS; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução De danos: Análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis**, v. 20, n. 3, p. 995–1015, 2010.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. v. 20, p. 71–99, 1995.

SEAL, L. J. *et al.* Predictive markers for mammoplasty and a comparison of side effect profiles in transwomen taking various hormonal regimens. **Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, v. 97, n. 12, p. 4422–4428, 2012.

SEVELIUS, J. M. *et al.* “I am not a man”: Trans-specific barriers and facilitators to PrEP acceptability among transgender women. **Global Public Health**, v. 11, n. 7–8, p. 1060–1075, 2016.

SEVELIUS, J. M.; DEUTSCH, M. B.; GRANT, R. The future of PrEP among transgender women: the critical role of gender affirmation in research and clinical practices. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, n. Suppl 6, p. 1–7, 2016.

SHOEMAKER, S. J. *et al.* The medication experience: Preliminary evidence of its value

for patient education and counseling on chronic medications. **Patient Education and Counseling**, v. 83, n. 3, p. 443–450, 2011.

SHOEMAKER, S. J.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Understanding the meaning of medications for patients: The medication experience. **Pharmacy World & Science**, v. 30, p. 86–91, 2008.

SILVA, H. R. S. **Travestis: entre o espelho e a rua**. São Paulo: Rocco. 2007. 214 p.

SNELGROVE, J. W. *et al.* Completely out-at-sea with two-gender medicine: A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. **BMC Health Services Research**, v. 12, p. 110, 2012.

STEVENSON, J C. Type and route of estrogen administration. **Climateric**, v. 12, n. Suppl 1, p. 86–90, 2009.

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

TENÓRIO, L. F. P.; PRADO, M. A. M. As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma. **Periódicus**, v. 1, n. 5, p. 41–55, 2016.

TREVISAN, J. S. **Devassos no Paraíso – A homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade**. Rio de Janeiro: Record. 2004.

PRÓ-REITORIA De Graduação (Prograd), UFMG. **Relatório de versão curricular**. Disponível em: <<https://www.farmacia.ufmg.br/wp-content/uploads/2016/04/FARMÁCIA-D20181.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; CASTIEL, L. D. As novas tecnologias de autocuidado e os riscos do autodiagnóstico pela Internet. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 26, n. 9, p. 172–175, 2009.

VERGUEIRO, V. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade.** Dissertação (Mestrado). Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia. 2015.

VIANA OLIVEIRA, I. *et al.* Use of the Patient'S Medication Experience in Pharmacists' Decision Making Process. **Int J Pharm**, v. 7, n. 1, p. 1–8, 2017.

WEINAND, J. D.; SAFER, J. D. Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. **Journal of clinical & translational endocrinology**, v. 2, n. 2, p. 55–60, jun. 2015.

WERNECK, J. Ou belo ou o puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias. *In*: ROTANIA, A. A.; WERNECK, J. (Eds.). . **Sob o Signo das Bios**. Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais, 2004. p. 49–62.

WIERCKX, K. *et al.* Long-Term Evaluation of Cross-Sex Hormone Treatment in Transsexual Persons. **Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 10, p. 2641–2651, 2012.

WIERCKX, K. *et al.* Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross- sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case-control study. **European Journal of endocrinology**, v. 169, n. 4, p. 471–478, out. 2013.

WOOLTORTON, E. Diane-35 (cyproterone acetate): Safety concerns. **CMAJ**, v. 168, n. 4, p. 455–456, 2003.

ZALM, J. E. VAN DER; BERGUM, V. Hermeneutic-phenomenology: providing living knowledge for nursing practice. **Journal of advanced nursing**, v. 31, n. 1, p. 211– 218, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice A: Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Paciente

Pesquisa:

**RESULTADOS CLÍNICOS, ECONÔMICOS, ASPECTOS HUMANÍSTICOS,
CULTURAIS E EDUCACIONAIS DE SERVIÇOS DE GERENCIAMENTO DA
TERAPIA MEDICAMENTOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

Subprojeto:

A experiência subjetiva de transexuais e travestis com o processo medicamentoso de hormonização.

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntária, desta pesquisa. Queremos entender sua experiência com o uso de medicamentos (hormônios que você utiliza no processo transexualizador), assim como avaliar os resultados de seu tratamento e suas percepções sobre este processo.

Caso você concorde em participar, faremos uma entrevista em caráter confidencial. Sua participação é muito importante e totalmente voluntária. Você não receberá nenhum bônus ou incentivo financeiro para participar dessa pesquisa, mas você poderá ser reembolsado caso sua participação na pesquisa tiver te gerado algum gasto. Sua participação não irá te trazer nenhum custo ou prejuízo. Você poderá solicitar a qualquer momento a informação e resultados obtidos desta pesquisa relacionados com seus dados.

Riscos da pesquisa: sua entrevista será gravada e os dados que você fornecer no seu questionário socioeconômico precisarão ficar guardados para que a pesquisadora possa utilizá-los ao longo da pesquisa. Todos os seus dados pessoais coletados serão protegidos e incluídos numa base de dados de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Para evitar que seus dados pessoais sejam associados a qualquer informação que você fornecer, não haverá seu nome ou nada que te

identifique registrado no arquivo da gravação. Os questionários serão guardados em local seguro onde apenas a equipe da pesquisa poderá ter acesso. Você receberá um número ou nome fictício para evitar que a privacidade das suas informações seja quebrada. Além disso, a entrevista será realizada em local que garanta sua privacidade e sigilo. Suas informações só serão utilizadas para fins de pesquisa. Pode ser que você se sinta constrangido e não queira mais participar da entrevista após o seu início. Neste caso, não há nenhum problema em recusar-se a responder o restante das perguntas e pedir que sua entrevista não seja utilizada.

Benefícios da pesquisa: participando desta pesquisa, você irá ajudar na compreensão de aspectos relacionados ao processo de hormonização das pessoas trans e as questões sociais que estão ligadas a este processo. Pretende-se com isso que sejam feitas discussões sobre os problemas que a população trans enfrenta no acesso ao sistema de saúde, como a transfobia afeta esse processo e como isto pode tornar o uso de hormônios mais inseguro. O objetivo é que os resultados deste projeto de pesquisa demonstrem a necessidade da existência de um serviço de saúde especializado para a população trans. Enquanto farmacêuticas, pretendemos oferecer futuramente um serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) que será direcionado à população transgênera em uso de hormônios no processo transexualizador. O serviço de GTM é um serviço de cuidado oferecido pelo farmacêutico para ajudar os pacientes a fazerem o melhor uso possível de seus medicamentos.

A qualquer momento você poderá tirar suas dúvidas a respeito da pesquisa. Se sentir-se constrangido ou decidir por não participar, não há nenhum risco associado. Se você aceitar participar, a qualquer momento você poderá desistir de continuar a fazer parte desta pesquisa, sem que isso lhe traga qualquer problema.

Suas informações são muito valiosas para o desenvolvimento desta pesquisa.

Estou ciente que meus dados serão tratados com absoluta segurança para garantir a confidencialidade, privacidade e anonimato.

Eu,....., após ter sido devidamente esclarecida (o) pela pesquisadora sobre a realização desta pesquisa, como está escrito neste termo, declaro que consinto em participar da pesquisa em

questão por livre vontade não tendo sofrido nenhuma forma de pressão ou influência indevida.

Data: ___/___/___

Assinatura:.....

Pesquisador responsável:

Eu, Djenane Ramalho de Oliveira, responsável pelo projeto acima descrito, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa (ou do seu representante legal) para realizar este estudo.

Data: ___/___/___

Assinatura:.....

Pesquisador:

Eu, Thaís Rolla de Caux, responsável pelo projeto acima descrito, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa (ou do seu representante legal) para realizar este estudo.

Data: ___/___/___

Assinatura:.....

Este termo será arquivado, pelo pesquisador responsável, por um período de 5 anos para consultas e verificações.

Nota: este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, ficando uma com o sujeito participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável.

Se tiver alguma dúvida, entre em contato com:

Profa. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira – telefone: 31 3409-6858

Mestranda Thaís Rolla de Caux – telefone: 31 3409-6853 ou 31 3409-6713

Comitê de Ética em Pesquisa / UFMG – telefone: 31 3409-4592

Endereço completo: Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP 31270-901

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Endereço completo: Rua Frederico Bracher Júnior, 103 / 3º andar / sala 02 – Padre Eustáquio – Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP: 30720-000. Telefone: 3277-5309

Apêndice B: Questionário socioeconômico

1. Como você se identifica?

(Travesti/Mulher trans/Homem Trans/outro)

2. Qual a sua orientação sexual?

(Hetero/Bissexual/Homossexual/Assexual/outro)

3. Data de nascimento:

4. Qual a sua raça/cor de pele?

(branca; preta; parda; amarela; indígena)

5. Você possui religião?

(catolicismo; evangelismo; espiritismo; umbanda; judaísmo; islamismo; budismo; ateísmo; outras).

6. Você reside com sua família?

7. Em caso de resposta negativa na Q6, até qual idade residiu com a família?

8. Você mora na mesma cidade em que nasceu? (Se sim, pule para a questão 11. Se não, responda às questões 9 e 10).

9. Há quanto tempo mora nessa cidade?

10. Por que se mudou de cidade?

(oportunidade de emprego/oportunidade relacionada à educação/relacionamento/saúde/violência da família, amigos ou escola/outras).

11. Você trabalha? Se sim, qual a sua atividade profissional?

12. Qual a sua renda mensal familiar/renda própria (em caso de ser independente financeiramente/não residir com a família)?

(número de salários mínimos: 1; 1-3; 3-5; 5 ou mais).

13. Possui plano privado de saúde?

14. Qual a sua escolaridade?

(Fundamental incompleto; Fundamental completo; Médio incompleto; Médio completo; Superior incompleto; Superior completo; Pós-graduação em andamento; Pós-graduada (o)).

15. Ainda estuda?

16. Qual seu estado civil?

(solteira (o); casada(o)/união; viúva(o); outro).

17. Quando iniciou a hormonioterapia?

18. Possuía acompanhamento/contato com profissionais de saúde no início do processo de hormonização? E na data da entrevista? (sim; não). Se sim, quais? (médico; enfermeiro; farmacêutico; outros).

Apêndice C: Tópico-guia

1. Conte-me um pouco sobre sua vida atual.
 - Trabalho/educação
 - Relações familiares e afetivas
 - Lazer
 - Participação em movimentos sociais

2. Trajetória e experiência da construção de conhecimento a respeito da hormonioterapia
 - Conte-me um pouco sobre quando você começou a utilizar hormônios.
 - O que te motivou?
 - Como foi?
 - Quando iniciou?
 - Como soube sobre os hormônios?
 - Alguém te aconselhou sobre o uso?
 - Quais hormônios utilizava?
 - Como usava?
 - E hoje? Ainda utiliza? Conte-me sobre como utiliza atualmente.

3. Como enxerga os efeitos do tratamento
 - Conte-me sobre sua experiência com hormônios ao longo do tempo de uso.
 - Fale-me um pouco mais sobre o que você acha que os hormônios têm modificado em você. Era o que você esperava?
 - Como você se sentiu quando você começou a perceber as modificações no seu corpo?
 - Percebeu algum efeito que você não esperava?
 - Vivenciou alguma experiência que te causou receio em continuar usando os hormônios? Conte-me sobre essa (ou alguma) experiência (sentimentos, expectativas, quando ocorreu...)
 - Esse receio te gerou dúvida sobre continuar a hormonização?

- Se houve dúvida, como foi decidir pela continuidade do uso?
(sentimentos, expectativas...)

4. Acesso aos medicamentos e ao sistema de saúde

- Como obtém os medicamentos?
- Dificuldades?
- Você costuma ir a algum(a) médica (o) ou outra (o) profissional de saúde? Conversa com este profissional sobre o uso dos hormônios?
- Quando você está doente/se sente mal, como você costuma proceder? Procura médico? Usa algum medicamento?
- Você faz uso de algum outro medicamento diariamente?
- Conte-me um pouco sobre a sua experiência com profissionais de saúde (acolhimento, violências, preparo dos profissionais... Considera as orientações do profissional sobre os hormônios ou utiliza outras fontes?)
 - Exemplos de experiências vividas com os profissionais/serviços de saúde.